KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA .Ny "A" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANGAN ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH :

DIAN NOVITA SARI

E1614401008

DUWI SEPTIYANI

E1614401010

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2019

LEMBARAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah judul **"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. "A" DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANGAN ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk di uji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa	: DIAN NOVITA SARI
NIM	: E1614401008
Nama Mahasiswa	: DUWI SEPTIYANI
NIM	: E1614401010

Disetujui Oleh :

Pembimbing



(Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep)

NIDN : 0927038903

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik



(Henny Pongantung, Ns., MSN.,DN.Sc)

NIDN : 0912106501

LEMBARAN PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **“** ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. “A” DENGAN *DIABETES MELITUS TIPE II* DI RUANGAN ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa / 21 Mei 2019
Pukul	: 15.30 – 17.00
Tempat	: Ruangan A

Tim Penguji:

1. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc
2. Debby Lempang, S.Kep., Ns
3. Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep



Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Dian Novita Sari
Tempat/Tanggal Lahir	: Tombang / 08 November 1997
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Daeng Tompo

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Syaifuddin / Bertha Sampe
Agama	: Islam / Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta / IRT
Alamat	: Lamunan

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 04 Makale	: Tahun 2004 - 2010
SMP Kristen Makale	: Tahun 2010 - 2013
SMAN 1 Makale	: Tahun 2013 - 2016
STIK Stella Maris	: Tahun 2016 - 2019

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Duwi Septiyani
Tempat/Tanggal Lahir	: Bambalamotu, 02 September 1996
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jl. Maipa no 10

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Bernadus / Adel
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: PNS / IRT
Alamat	: Polewali mandar

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 048 Polewali	: Tahun 2002-2008
SMP Negeri 1 Polewali	: Tahun 2008-2011
SMA Negeri 3 Polewali	: Tahun 2011-2014
STIK Stella Maris	: Tahun 2016-2019

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul ‘’Asuhan Keperawatan Pada Ny. “A” dengan Diabetes Melitus tipe II di ruang ICU di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan kuliah program DIII keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan, bantuan, kesempatan dan motivasi dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikannya. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapakan terimakasih dan hormat yang sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menimbah ilmu di STIK Stella Maris Makassar`
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.Sc selaku Wakil Ketua Bidang Akademik dan kemahasiswaan STIK Stella Maris
3. Rosdewi, S.kp.,MSN selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan.
4. Mery Solon, Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar
5. Nikodemus Sili Beda, Ns.,M.Kep selaku pembimbing penulis dalam menyusun karya tulis ilmiah dan telah meluangkan waktu serta memberikan pengarahan dan bimbingan kepada penulis untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. dr. Thomas Soeharto.,MMR, selaku Direktur RS Stella Maris Makassar beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk

melaksanakan praktek klinik keperawatan di RS Stella Maris Makassar selama kami mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.

7. Keluarga Ny. “A” dan pasien selaku penerima asuhan keperawatan yang telah bersedia memberikan informasi dan kerjasama yang baik dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
8. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Dian Novita Sari (Syaifuddin dan Bertha Sampe Dudung) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
9. Teristimewa untuk kedua orangtua dari Duwi Septiyani (Bernadus dan Adel) serta saudara dan semua keluarga yang telah memberikan dukungan, inspirasi, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar.
10. Teman- teman seangkatan 2016 program DIII keperawatan khususnya kelas DIII Keperawatan IIIA yang selalu saling mendukung, saling membantu dan bekerjasama dengan baik selama mengikuti proses perkuliahan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah di STIK Stella Maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih terdapat beberapa kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Makassar, April 2019

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Darah Rutin.....55

Tabel 3.2 Analisa Data.....57

Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....60

Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....61

Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan 71

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Gambar Anatomi Pankreas.....8

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL Hal

HALAMAN PERSETUJUAN i

HALAMAN PENGESAHAN.....ii

RIWAYAT HIDUP iii

KATA PENGANTAR v

DAFTAR TABEL vii

DAFTAR GAMBAR viii

DAFTAR ISI ix

BAB I PENDAHULUAN..... 1

A. Latar Belakang..... 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 3
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan..... 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS..... 6

A. Konsep Dasar Medis..... 6
1. Definisi..... 6
2. Klasifikasi..... 6
3. Anatomi Fisiologi 8
4. Etiologi 11
5. Patofisiologi 13
6. Manifestasi Klinis..... 15
7. Pemeriksaan Diagnostik..... 17

8. Penatalaksanaan Medik 18
9. Komplikasi 21
B. Konsep Dasar Keperawatan 23
1. Pengkajian 23
2. Diagnosa Keperawatan 27
3. Perencanaan Keperawatan 28
4. Discharge Planning 33
C. Patoflowdiagram 35

BAB III TINJAUAN KASUS 38

A. Pengkajian 39
B. Analisa Data 58
C. Diagnosa Keperawatan 61
D. Rencana Keperawatan 62
E. Pelaksanaan Keperawatan 72
F. Evaluasi 92
G. Daftar Obat 98

BAB IV PEMBAHASAN KASUS 101

A. Pengkajian 101
B. Diagnosa Keperawatan 103
C. Rencana Keperawatan 104
D. Pelaksanaan Keperawatan 105
E. Evaluasi Keperawatan 105

BAB V PENUTUP 107

A. Kesimpulan 107
B. Saran 108

DAFTAR PUSTAKA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Seiring dengan berkembangnya teknologi dan ilmu pengetahuan serta tingkat kemakmuran membuat gaya hidup masyarakat mulai berubah di kota-kota besar. Perubahan gaya hidup yang tidak sehat akan berdampak negatif dan beresiko menyebabkan tingginya angka penyakit seperti hipertensi, stroke, gagal ginjal dan diabetes melitus.

Diabetes melitus adalah suatu penyakit dimana kadar glukosa darah (gula sederhana) didalam darah tinggi karena tubuh tidak dapat melepaskan atau menggunakan insulin secara adekuat (Irianto, 2015)

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO 2017), jumlah penderita diabetes melitus pada tahun 2014 sebanyak 422 juta orang dan pada tahun 2015 sekitar 1,6 juta kematian disebabkan oleh diabetes. WHO memprediksikan diabetes mellitus akan menjadi penyebab kematian ke 7 di tahun 2030. Menurut *International Diabetes Federation* (IDF 2015), jumlah orang dewasa yang menderita diabetes melitus pada tahun 2015 sebanyak 415 juta orang dan diperkirakan akan meningkat menjadi 642 juta pada tahun 2040.

Angka penderita diabetes di Indonesia, menurut *international of diabetic ferdaration* (idf, 2015) tingkat prefalensi global penderita diabetes melitus pada tahun 2014 sebanyak 8,3% dari keseluruhan penduduk di dunia dan mengalami peningkatan pada tahun 2014 menjadi 380 kasus. Indonesia merupakan negara menempati urutan ke 7 dengan penderita diabetes melitus sejumlah 8,5 juta penderita setelah cina, india dan amerika serikat, berazil, rusia, mexico.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) memperlihatkan peningkatan angka prevalensi diabetes melitus yang cukup signifikan, yaitu dari 6,9% di tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018 sehingga estimasi jumlah

Penderita di Indonesia mencapai lebih dari 16 juta orang yang kemudian beresiko terkena penyakit lain seperti: serangan jantung, stroke, kebutaan, dan gagal ginjal, bahkan dapat menyebabkan kelumpuhan dan kematian.

Menurut menteri kesehatan RI, upaya efektif untuk mencegah dan mengendalikan diabetes harus difokuskan pada faktor-faktor resiko disertai dengan pemantauan yang teratur dan berkelanjutan dari perkembangannya karena faktor resiko umum PTM di Indonesia relative masih tinggi, yaitu 33,5% tidak melakukan aktifitas fisik, 95% tidak mengkomsumsi buah dan sayur, 33,8% populasi usia diatas 15 tahun merupakan perokok berat.

Menurut data statistik kota Makassar tahun 2017, jumlah penduduk kota Makassar sebanyak 1.769.920 jiwa, sedangkan jumlah penduduk Sulawesi Selatan tahun 2018 sebanyak 8.771.970 jiwa, (badan pusat statistik kota Makassar, 2018). Menurut data dinas kesehatan kota Makassar pada tahun 2007 penyakit diabetes melitus menempati peringkat 5 dari 10 penyebab utama kematian yaitu sebanyak 65 kasus. Angka kejadian penyakit ini terus mengalami peningkatan yang cukup tinggi. Pada tahun 2011 ditemukan sebanyak 5.700 kasus dan melonjak pada tahun 2012 sebanyak 7.000 kasus. (Dinkes Kota Makassar, 2012 dalam Haskas, 2017).

Berdasarkan data yang diperoleh dari *Medical Record* (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar, mengalami perubahan dari tahun ke tahun, pada tahun 2016 pasien yang dirawat 455 jiwa dan mengalami peningkatan pada tahun 2017 sebesar 480 jiwa, sedangkan pada tahun 2018 mengalami penurunan 473 jiwa, dengan tingginya angka kejadian diabetes melitus memberikan kosekuensi perhatian dalam keperawatan.

Data di atas menunjukkan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu penyakit yang memerlukan perhatian dalam bidang keperawatan. Hal ini disebabkan karena masih kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai pencegahan penyakit diabetes melitus.

Berdasarkan uraian di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan dengan diabetes mellitus tipe II di ruang ICU Stik Stella Maris Makassar”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis dapat memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II di ruang ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

   Penulis dapat memperoleh pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II yang meliputi :

   a. Melaksanakan pengkajian dan analisa data pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   c. Menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II
   e. Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II

3. Manfaat Penulisan

1. Bagi Rumah Sakit

   Memberikan gambaran angka kesakitan dan kematian pada pasien diabetes melitus tipe II sehingga para tenaga kesehatan terutama perawat semakin meningkatkan mutu pelayanan dalam keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Menjadi tolak ukur dalam mengevaluasi kemampuan mahasiswa dalam memahami ilmu yang telah diberikan atau dipelajari dan menerapkannya dalam proses keperawatan.

3. Bagi pasien dan keluarga

   Pasien dapat memperoleh asuhan keperawatan, pengobatan yang efektif, merubah pola hidup sehat untuk mencegah komplikasi atau penyakit kambuh kembali serta mendapatkan informasi mengenai penyebab, gejala, dan proses penanganan baik latihan maupun diet yang perlu di taati pada pasien dengan diabetes melitus.

4. Bagi penulis

   Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII keperawatan dan dapat menambah pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada penyakit diabetes melitus.

4. Metode Penulisan

   Dalam penulisan Karya Tulis IImiah ini tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe II penulis menggunakan metode :

   1. Tinjauan perpustakaan

      Memperoleh data dengan menggunakan referensi dan berbagai macam buku yang ada kaitannya dengan penyakit diabetes melitus.

   2. Internet

      Melalui internet penulis memperoleh informasi baru mengenai penyakit diabetes melitus.

   3. Tinjauan kasus

      Kasus ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian data, analisa data, penetapan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi asuhan keperawatan yang diberikan. Dapat diperoleh melalui beberapa cara yaitu :

a. Wawancara dengan pasien, keluarga, perawat serta berbagai pihak yang mengetahui keadaan pasien.
b. Observasi : melakukan pengamatan langsung pada pasien dengan mengikuti tindakan dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan.
c. Pemeriksaan fisik : dengan melakukan pemeriksaan langsung dengan pasien mulai dari kepala sampai kaki melalui inspeksi, palpasi, perfusi dan auskultasi.
d. Dokumentasi catatan yang berhubungan dengan pasien seperti pemeriksaan diagnostik, rekam medis dan catatan perkembangan pasien.

5. Sistematika Penulisan

Karya Tulis IImiah ini tersusun 5 bab yang terdiri dari Bab I "Pendahuluan" bab ini menguraikan tentang latar belakang penulisan, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan, sistematika penulisan. Bab II "Tinjauan teoritis" bab ini menguraikan tentang teori yang merupakan dasar dari asuhan keperawatan, yaitu konsep dasar medis yang meliputi kesimpulan pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnosis, penatalaksanaan medik dan komplikasi, sedangkan konsep asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, discharge planning dan patoflowdiagram. Bab III "Pengamatan kasus" menguraikan tentang pengkajian, analisa data, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta daftar obat. Bab IV "Pembahasan kasus" bab ini membahas kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di temukan di lapangan. Bab V "Simpulan dan Saran" terdiri dari simpulan dan saran.

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Definisi

Diabetes Melitus ialah gangguan metabolik yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah akibat kerusakan pada sekresi insulin dan kerja insulin (Brunner dan Suddarth, 2015).

Diabetes Melitus adalah tidak seimbangnya kadar gula darah dalam darah karena terjadinya gangguan pada hormon insulin dimana tubuh tidak mampu menghasilkan insulin yang cukup untuk kebutuhannya (Pranta dan Khasnah, 2017).

Diabetes Melitus atau kencing manis adalah suatu keadaan dimana tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan glikogen dengan semestinya karena terjadi *hiperglikemia* yang di sertai dengan berbagai kelainan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak serta dapat menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada tubuh (Nur Aini, 2016).

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa Diabetes melitus adalah suatu penyakit yang ditandai dengan kenaikan kadar glukosa darah yang melebihi normal karena kekurangan insulin.

2. Klasifikasi Diabetes Melitus

Perkeni (2006) mengklasifikasikan diabetes melitus menjadi empat, yaitu:

a. Diabetes Melitus tipe I

Diabetes Melitus tipe I atau *Insulin Dependent Diabetes Melitus* (IDDM) merupakan kondisi autoimun yang menyebabkan kerusakan sel β pankreas sehingga timbul

defisiensi insulin absolut. Pada diabetes melitus tipe I sistem imun tubuh sendiri secara spesifik menyerang dan merusak sel-sel penghasil insulin yang terdapat pada pankreas. belum diketahui hal apa yang memicu terjadinya kejadian autoimun ini, namun bukti-bukti yang ada menunjukkan bahwa faktor genetik dan faktor lingkungan seperti infeksi virus tertentu berperan dalam prosesnya. Sekitar 70-90% sel β hancur sebelum timbul gejala klinis. Pasien diabetes melitus tipe I harus menggunakan injeksi insulin dan menjalankan diet secara ketat.

b. Diabetes Melitus tipe II

Diabetes Melitus tipe II atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus* (NIDDM) yaitu diabetes melitus yang tidak tergantung pada insulin. Diabetes melitus ini terjadi akibat penurunan sensivitas (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus ini banyak ditemukan pada individu berusia >30 tahun dan pada obesitas.

Diabetes Melitus tipe II merupakan kondisi saat gula darah dalam tubuh tidak terkontrol akibat gangguan sensitivitas sel beta pankreas untuk menghasilkan hormon insulin yang berperan sebagai pengontrol kadar gula darah dalam tubuh

c. Diabetes Melitus sekunder

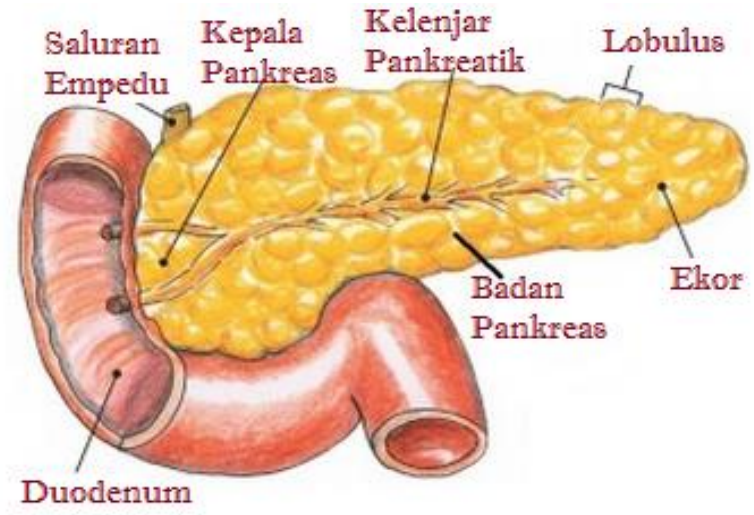
Diabetes Melitus yang berhubungan dengan keadaan penyakit tertentu atau sindrom lainnya misalnya penyakit pankreas, penyakit hormonal, sirosis hepatik, zat kimia dan obat-obatan.

d. Diabetes Melitus Gestational (DMG)

Diabetes Melitus yang terjadi pada masa kehamilan disebabkan oleh peningkatan hormon yang disekresi oleh plasenta dan menghambat kerja insulin. Biasanya kerja insulin akan kembali normal setelah melahirkan.

3. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi pankreas



Gambar 2.1. Anatomi Pankreas

Sumber : (Http://2.bp.blogspot.com)

Pankreas adalah sebuah kelenjar yang terletak di belakang lambung atau di *retroperitoneal* rongga abdomen atas dan terbentang horizontal mulai dari cincin duodenum sampai ke limpa. Panjangnya kira-kira 12-15 cm dan beratnya 60-90 gram. Di dalamnya terdapat kumpulan sel yang berbentuk seperti pulau pada peta, karena itu disebut pulau-pulau *langerhans* berisi sel beta yang mengeluarkan hormon insulin yang sangat berperan dalam mengatur kadar glukosa darah. Tiap pankreas mengandung lebih kurang 100.000 pulau *langerhans* dan tiap pulau berisi 100 sel beta.

Bagian-bagian dari pankreas yaitu :

1) Kaput pankreas yang terletak di sebelah kanan rongga abdomen dan di dalam lekukan duodenum
2) Korpus pankreas adalah bagian utama pankreas letaknya dibelakang lambung dan didepan vertebra lumbalis pertama.
3) Ekor pankreas, bagian runcing disebelah kiri menyentuh limpa. (Ernawati, 2013)

b. Fisiologi

Pankreas berfungsi sebagai organ yang menghasilkan dua kelenjar yaitu kelenjar eksokrin berkaitan dengan sintesis dan pengeluaran enzim-enzim pencernaan dan larutan natrium bikarbonat sedangkan kelenjar endokrin pankreas memproduksi dan melepaskan hormon insulin, glucagon. (Sheerwood, 2012)

1) Fungsi Eksokrin

Fungsi eksokrin yang membentuk getah pankreas berisi enzim dan elektrolit dialirkan ke duodenum yang berfungsi untuk proses pencernaan melalui duktus pankreastitis.

Ada tiga jenis enzim pankreas yaitu :

a) Amilase : Mengubah karbohidrat menjadi glukosa
b) Lipase : Mengubah lemak menjadi dan asam lemak
c) Tripisin : Mengubah protein menjadi asam amino

2) Fungsi Endokrin

Fungsi endokrin yang membentuk pulau-pulau *langerhans* yang terdiri dari tiga jenis sel yaitu :

a) Sel Alfa menghasilkan hormon glukagon

Glukagon berfungsi meningkatkan kadar glukosa dalam darah.

b) Sel Beta menghasilkan insulin

Insulin berfungsi untuk menurunkan kadar glukosa dalam darah dengan cara memasukkannya kedalam sel sebagai sumber energi.

c) Sel Delta menghasilkan somastostatin

Somastostatin berfungsi untuk mengatur aktivitas sel sebagai alfa dan sel beta pankreas.

Organ sasaran hormon glukagon dan insulin adalah hati, otot dan jaringan lemak glukagon dan insulin memegang peran penting dalam metabolisme karbohidrat, protein, lemak bahkan keseimbangan kadar gula darah. Fungsi kedua hormon ini sangat bertolak belakang, secara umum insulin menurunkan kadar glukosa darah sebaliknya untuk glukagon meningkatkan kadar gula darah. Perangsang glukagon bila kadar gula darah rendah dan asam amino darah meningkat. Dalam meningkatkan lipolysis. Dalam menurunkan kadar gula darah, insulin berfungsi sebagai hormon anabolik terutama untuk meningkatkan difusi glukosa membran sel di jaringan. Efek anabolik penting lainnya dari hormon insulin sebagai berikut :

1) Efek pada hepar
   a) Menurunkan ketogenesis dan pengeluaran glukosa
   b) Meningkatkan sintesis protein, lemak dan glukosa
2) Efek pada otot

   Meningkatnya masuknya glukosa dan sintesis glikogen
   a) Meningkatnya ambilan asam amino dan keton
   b) Menurunkan katabolisme protein dan asam amino

3) Efek pada jaringan adiposa
   a) Meningkatnya masuknya glukosa dan asam lemak
   b) Meningkatnya penyimpanan trigliserida
   c) Menghambat lipase peka hormon
   d) Mengaktifkan lipoprotein lipase

4. Etiologi
   a. Diabetes Melitus tipe I
      1. Faktor genetik

         Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes melitus tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes melitus tipe I. Kecenderungan genetik ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

      2. Faktor-faktor imunologi

         Adanya respon autoimun yang merupakan respon abnormal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh dengan reaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggap seolah-olah sebagai jaringan asing yaitu antibodi terhadap sel-sel pulau *langerhans* dan insulin endogen.

      3. Faktor lingkungan

         Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta. (Padila, 2012)

   b. Diabetes Mellitus tipe II *NIDDM (Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus*)
      1. Obesitas

         Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target di seluruh tubuh. Insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik. Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi

yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencukupi energi sel yang terlalu banyak.

2. Usia

   Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin pankreas untuk memproduksi insulin.

3. Riwayat keluarga

   Diabetes melitus cenderung diturunkan atau diwariskan, bukan ditularkan. Anggota keluarga penderita diabetes melitus memiliki kemungkinan lebih besar terserang penyakit ini dibandingkan dengan anggota keluarga yang tidak menderita diabetes melitus. Para ahli kesehatan juga menyebutkan diabetes melitus merupakan penyakit yang terpaut kromoson seks atau kelamin. Biasanya kaum laki-laki menjadi penderita sesungguhnya, sedangkan kaum perempuan sebagai pihak yang membawa gen untuk di wariskan kepada anak-anak nya.

c. Diabetes melitus tipe yang lain

   Diabetes Melitus yang terjadi karena banyak faktor, terdiri dari penyakit pankreas, penyakit hormonal dan mengkonsumsi obat-obat yang dapat meningkatkan kadar gula darah.

d. Gestasional diabetes melitus

   Selama kehamilan, peningkatan kadar hormon tertentu dibuat dalam plasenta (organ yang menghubungkan bayi dengan tali pusat ke rahim) nutrisi membantu pergeseran dari ibu ke janin. Hormon lain yang diproduksi oleh plasenta untuk membantu mencegah ibu dari mengembangkan gula darah rendah.

Selama kehamilan, hormon ini menyebabkan terganggunya intoleransi glukosaprogresif (kadar gula darah yang lebih tinggi). Untuk mencoba menurunkan kadar gula darah, tubuh membuat insulin lebih banyak supaya sel mendapat glukosa bagi memproduksi sumber energi. Biasanya pankreas ibu mampu memproduksi insulin lebih (sekitar tiga kali jumlah normal) untuk mengatasi efek hormon kehamilan pada tingkat gula darah. Namun,jika pankreas tidak dapat memproduksi insulin yang cukup untuk mengatasi efek dari peningkatan hormon selama kehamilan, kadar gula darah akan naik. (Wijaya dan Putri, 2013)

5. Patofisiologi

   a. Diabetes Mellitus Tipe I

      Pada Diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan pankreas menghasilkan insulin karena hancurnya sel-sel beta pulau *langerhans*. Dalam hal ini menimbulkan *hiperglikemia* puasa dan *hiperglikemia* post prandial. Dengan tingginya konsentrasi glukosa dalam darah, maka akan muncul glukosuria (glukosa dalam darah) dan ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan (diuresis osmotic) sehingga pasien akan mengalami peningkatan dalam berkemih *(poliuria)* dan rasa haus *(polidipsia).* Defesiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak sehingga terjadi penurunan berat badan akan muncul gejala peningkatan selera makan *(polifagia).* Akibat yang lain yaitu terjadinya proses *glikogenolisis* (pemecahan glukosa yang disimpan) dan *glukogeonesis* tanpa hambatan sehingga efeknya berupa pemecahan lemak dan terjadi peningkatan keton yang dapat mengganggu keseimbangan asam basa dan mengarah terjadinya ketoasidosis (Brunner dan Suddarth, 2013)

b. Diabetes Melitus Tipe II

Terdapat dua masalah utama pada diabetes melitus tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk kedalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbanginya maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah diabetes melitus tipe II.

Diabetes melitus tipe II sering terjadi pada penderita yang berusia lebih dari 40 tahun dan obesitas. Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat dan progresif, maka diabetes melitus tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Gejalanya sering bersifat ringan dan mencakup *poliuria*, *polidipsi*, *polifagi*, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina, dan pandangan yang kabur jika kadar glukosa tinggi.

Sebagian besar patologi diabetes melitus dapat dihubungkan dengan efek utama kekurangan insulin yaitu:

1. Pengurangan penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh, yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa darah sampai setinggi 300 sampai 1200 mg per 100 ml.
2. Peningkatan mobilisasi lemak dan daerah penyimpanan lemak sehingga menyebabkan kelainan metabolisme lemak maupun pengendapan lipid pada dinding vaskuler.
3. Pengurangan protein dalam jaringan tubuh (Brunner dan Suddarth, 2013).

6. Manifestasi klinis
   a. Gejala dan tanda awal penderita diabetes melitus antara lain
      1) *Poliuria* (banyak kencing)

         Hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urin tetapi jika ditambah tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula itu bersifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing.

      2) *Polidipsia* (banyak minum)

         Diawali dari banyaknya urine yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkan yakni dengan banyak minum. Semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine semakin banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangsangan otak pada penderita dengan adanya rasa haus. Kondisi demikian terjadi karena saat glukosa darah melebihi batas ambang ginjal maka glukosa yang berlebihan itu akan dikeluarkan melalui urine.

      3) *Polifagia* (banyak makan)

         Polifagia terjadi karena insulin yang bermasalah, pemasukan gula kedalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentuk pun kurang. Kadar glukosa yang tidak dapat masuk kedalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita, akibatnya penderita semakin sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk kedalam sel.

4) Adanya penurunan berat badan

Ini terjadi dalam jangka relatif singkat disamping sering merasa lemas dan lelah. Hal ini disebabkan karena glukosa darah tidak dapat masuk kedalam sel, sehingga sel menjadi kekurangan darah. Kondisi demikian menyebabkan sel kekurangan bahan bakar sehingga sumber tenaga akan diambil dari cadangan lemak dan otot. Dengan demikian tubuh akan kehilangan energi cadangan termasuk lemak dan otot yang mengakibatkan badan semakin kurus dan berat badan semakin menurun.

b. Gejala kronis

1) Gangguan penglihatan

Penderita diabetes awalnya sering mengeluh berupa penglihatan yang menjadi kabur sehingga sering mengganti kacamata untuk dapat melihat dengan baik.

2) Gangguan saraf tepi/kesemutan

Pasien sering merasakan rasa sakit dan kesemutan terutama pada kaki di waktu malam.

c. Gatal-gatal/bisul

Adanya rasa gatal pada kemaluan atau daerah lipatan kulit seperti ketiak dan di bawah payudara atau paha. Terkadang juga sering terjadi timbul bisul atau luka akibat hal sepele seperti lecet pada kaki dan meskipun kecil tetapi luka tersebut lama sembuh.

d. Kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum

e. Sering mengalami keram

f. Rasa tebal dikulit sehingga kalau berjalan seperti diatas bantal atau kasur.

7. Pemeriksaan Diagnostik
   a. Pemeriksaan gula darah sewaktu yang terdiri dari :
      1) Glukosa darah sewaktu
      2) Kadar glukosa darah puasa
      3) Test toleransi glukosa

         Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes melitus sedikitnya 2 kali pemeriksaan :

         1) Glukosa plasma sewaktu > 200 mg/dl (11,1 mmol/L)
         2) Glukosa plasma puasa > 140 mg/dl (7,8 mmol/L)
         3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil 2 jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75 gr karbohidrat (2 jam post prandial (pp) > 200 mg/dl). Pada pemeriksaan gula darah post prandial darah diambil setelah makan pagi atau makan siang. Pemeriksaan gula darah umumnya menggunakan metode pengambilan darah tepid dan darah vena. Namun cara yang paling sering digunakan di rumah sakit yaitu pengambilan darah tepi.

   b. Test Toleransi Glukosa Oral (TTGO)

      Test toleransi glukosa oral (TTGO) dilakukan hanya pada pasien yang telah bebas dari *hiperglikemia*, diet dan beraktivitas fisik 3 hari sebelum test.

   c. Hemoglobin glikosolat (HbA1C)

      Bertujuan untuk mengukur presentase glukosa yang melekat pada Hb dan untuk menentukan bagaimana mengontrol gula darah selama lebih dari 3 bulan belakangan.

d. Elektrolit

1) Natrium : kemungkinan normal, meningkat atau menurun
2) Kalium : normal atau peningkatan semu (perpindahan seluler) selanjutnya akan menurun
3) Gas darah arteri biasanya menunjukkan pH rendah dan penurunan pada HCO^3 (Asidosis metabolik) dengan kompensasi alkalosis respiratorik.

e. Urianalisis

Pemeriksaan urine dilakukan untuk mengetahui ada tidaknya kadar gula dalam urine. (Brunner & Saddarth, 2014

8. Penatalaksanaan medik

Tujuan utama terapi diabetes melitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap tipe diabetes adalah mencapai kadar glukosa darah normal. Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes melitus :

a. Non farmakologi

1) Manajemen diet

Tujuan umum penatalaksanaan diet pasien diabetes melitus antara lain mencapai dan mempertahankan kadar glukosa darah dan lemak mendekati normal, mencapai dan mempertahankan berat badan dalam batas-batas normal, mencegah komplikasi akut dan kronik serta meningkatkan kualitas hidup. Bagi pasien obesitas penurunan berat badan merupakan kunci dalam penanganan penyakit diabetes melitus.

Standar makanan yang dianjurkan untuk penderita diabetes adalah makanan dengan komposisi :

1. Karbohidrat : 60-70%
2. Protein : 10-15%
3. Lemak : 20-25%

Jumlah kalori disesuaikan dengan pertumbuhan, status gizi, umur, ada tidaknya stress akut dan kegiatan jasmani.

Jumlah kalori basal/hari :

a) Laki-laki : 30 kal/BB

b) Perempuan : 25 kal/BB

2) Latihan fisik

Dianjurkan latihan fisik secara teratur 3-4 kali seminggu selama kurang 30 menit. Latihan dilakukan terus menerus tanpa berhenti, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur. Latihan dapat menurunkan berat badan dan memperbaiki kadar glukosa dalam darah. Latihan fisik yang dimaksud adalah jalan santai, bersepeda, jogging. latihan fisik disesuaikan dengan umur dan status kesegaran fisik. Batasi atau jangan terlalu lama kegiatan yang kurang gerak seperti menonton televisi.

3) Pemantauan kadar gula darah

Pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri memungkinkan untuk mendeteksi dan mencegah *hiperglikemia* atau *hipoglikemia* yang pada akhir akan mengurangi komplikasi diabetik jangka panjang. Pemeriksaan ini sangat dianjurkan bagi pasien dengan penyakit diabetes melitus yang tidak stabil, kecenderungan untuk mengalami ketosis berat, hiperglikemia dan hipoglikemia tanpa gejala ringan. Beberapa hal yang harus di

monitor secara berkala adalah glukosa darah, glukosa urine, keton darah serta keton urine.

b. Terapi farmakologi

1) Obat-obatan *hiperglikemia* oral (OHO)

Berdasarkan cara kerjanya obat *hiperglikemia* oral dibagi menjadi 3 golongan yaitu :

a) Golongan sulfonniluria

Golongan obat ini bekerja merangsang sel beta pankreas untuk menghasilkan insulin. Jadi sel beta utuh menghalangi pengikat insulin, mempertinggi kepekaan jaringan terhadap insulin dan menekankan pengeluaran glukagon.

b) Golongan biguanid

Cara kerja golongan ini tidak merangsang sekresi insulin. Golongan biguanid dapat menurunkan kadar gula darah menjadi normal dan tidak menyebabkan hipoglikemia.

2) Insulin

Dari sekian banyak jenis insulin untuk praktisnya hanya 3 jenis insulin yang penting menurut cara kerjanya yaitu :

a) Yang kerjanya cepat : RI (Reguler Insulin dengan masa kerja 2-4 jam misalnya actrapid

b) Yang kerjanya sedang NPH (Neutral protamin hagedom) dengan kerjanya 6-12 jam. Biasanya diberikan sesudah makan

c) Yang kerjanya lambat PZI (Protamin Zinc Insulin)

Digunakan terutama untuk mengendalikan kadar glukosa darah puasa, masa kerjanya 18-20 unit diberikan sebelum makan pagi. Untuk pasien yang pertama kali akan mendapat insulin sebaiknya selalu dimulai dengan dosis

rendah (8-20 unit) disesuaikan dengan reduksi urine dan glukosa darah.

3) Pendidikan kesehatan

Pendidikan kesehatan pada pasien diabetes melitus diperlukan karena penatalaksanaan diabetes melitus memerlukan perilaku penanganan yang khusus seumur hidup. Pasien tidak hanya belajar keterampilan untuk merawat diri sendiri guna menghindari fluktuasi kadar glukosa darah yang mendadak tetapi juga harus memiliki perilaku preventif dalam gaya hidup untuk menghindari komplikasi diabetik jangka panjang.

9. Komplikasi

a. Komplikasi akut

1. Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah suatu keadaan seseorang dengan kadar glukosa darah di bawah nilai normal. Ada 4 macam keadaan hipoglikemia yaitu :

a) Hipoglikemia murni jika kadar glukosa darah < 50 mg/dl
b) Reaksi hipoglikemia akibat menurunnya kadar glukosa darah secara mendadak
c) Koma hipoglikemia akibat kadar glukosa darah yang sangat rendah
d) Hipoglikemia relatif jika gejala hipoglikemia terjadi 3-5 jam setelah makan

2. Ketoasidosis Diabetik-koma diabetik

Komplikasi ini dapat diartikan sebagai suatu keadaan tubuh yang sangat kekurangan insulin dan sifatnya mendadak. Glukosa darah yang tinggi tidak dapat memenuhi energy tubuh akibatnya metabolisme tubuhpun berubah. Kebutuhan energi terpenuhi setelah sel lemak pecah dan membentuk

senyawa keton. Keton akan terbawa dalam urine dan dapat dicium baunya saat bernapas. Akibat akhir adalah darah menjadi asam, jaringan tubuh rusak, tidak sadarkan diri dan mengalami koma.

3. Koma Hiperrosmoler Non Ketolik (KHNK)

   Gejala dari KHNK adalah dehidrasi yang berat, hipotensi dan menimbulkan shock. Komplikasi ini diartikan sebagai keadaan tubuh tanpa penimbunan lemak sehingga penderita tidak menunjukkan pernapasan yang cepat dan dalam (kusmaul). Pemeriksaan di laboratorium menunjukkan bahwa kadar glukosa penderita sangat tinggi, Ph darah normal, kadar natrium (Na) tinggi dan tidak ada ketonemia.

4. Koma lakto Asidosis

   Komplikasi ini diartikan sebagai suatu keadaan tubuh dengan asam laknat didalam darah meningkatkan (hiperlaktatemia) dan akhirnya menimbulkan koma. Keadaan ini dapat terjadi karena infeksi, gangguan faal hepar, ginjal, diabetes melitus yang mendapat pengobatan dengan phenfomin.

b. Komplikasi kronis Diabetes Melitus

   1. Komplikasi spesifik

      Komplikasi spesifik adalah komplikasi akibat kelainan pembuluh darah kecil atau mikroangiopati diabetik dan kelainan metabolisme dalam jaringan. Jenis-jenis komplikasi spesifik sebagai berikut :

      a) *Retinopati diabetik* (RD)

         Gejalanya penglihatan mendadak buram seperti berkabut. Akibatnya harus sering mengganti kacamata.

      b) *Nefrotik diabetik* (ND)

Gejalanya ada protein dalam kencing, terjadi pembengkakan, hipertensi dan kegagalan fungsi ginjal yang menahun

c) *Neuropati diabetik* (ND)

Gejalanya perasaan terhadap getaran berkurang, rasa seperti terbakar di bagian ujung tubuh, rasa nyeri, rasa kesemutan, serta rasa terhadap dingin dan panas berkurang. Selain itu, otot lengan atas menjadi lemah, penglihatan kembar, impotensi sementara, mengeluarkan banyak keringat dan rasa berdebar waktu istirahat

d) *Diabetik Foot* (DF) dan kelainan kulit, seperti tidak berfungsinya kulit (dermatopi diabetik), adanya gelembung berisi cairan di bagian kulit (bullae diabetik) dan kulit mudah terinfeksi.

2. Komplikasi tak spesifik

Penyakit yang termasuk komplikasi tak spesifik dalam diabetes melitus sebagai berikut :

a) Kelainan pembuluh darah besar atau *makroangiopati diabetik* (Ma.DM). Kelainan ini berupa timbunan zat lemak di dalam dan di bawah pembuluh darah (aterosklerosis)

b) Kekeruhan pada lensa mata (kataraktalentis)

(Seroja, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Untuk memperoleh data pengkajian digunakan pengkajian pola Gordon :

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Data subjektif :

Persepsi pasien tentang mempertahankan kesehatannya, kebiasaan yang dapat mempengaruhi kebiasaannya, keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat penyakit yang pernah dialami, faktor risiko dan faktor genetik.

Data objektif :

Kebersihan mulut, kulit kepala, kebersihan kulit, hygiene rongga mulut, kebersihan genetalia dan anus

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Data subjektif :

Jenis, frekuensi dan jumlah makanan yang masuk setiap hari, jenis dan jumlah minuman, nafsu makan berlebih atau berkurang, makanan tambahan (suplemen), jenis makanan yang disukai, kesulitan pada waktu makan, mual, muntah dan kembung, ketaatan terhadap diet, rasa haus dan lapar adalah penurunan berat badan.

Data objektif :

Jumlah intake dan output, pemeriksaan fisik seperti keadaan rambut, hidrasi kulit, palpebra/konjungtiva, sclera, hidung, rongga mulut, gizi, kemampuan mengunyah, lidah, pharing, kelenjar getah bening, kelenjar pharotis, abdomen (inspeksi, auskultasi, ikterik, lesi).

c. Pola Eliminasi

Data subjektif :

Perubahan pola berkemih (poliuria, oliguri, anuria, disuria, noturia, rasa nyeri/terbakar, kesulitan berkemih, infeksi inkontinesia, pola BAB, frekuensi, karakteristik dan warna.

Data objektif :

Bentuk feses, konsistensi, warna, jumlah urine, bau dan endapan, berbusa, encer, warna kuning. Adakah penggunaan kateter, palpasi kandung kemih, nyeri ketuk ginjal, mulut uretra, anus (peradangan, hemoroid, fistula). Pemeriksaan diagnostik dan terapi yang berhubungan dengan pola eliminasi.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Data subjektif :

Kebiasaan sehari-hari, kegiatan olahraga, aktivitas diwaktu senggang, keluhan pada pernapasan, keluhan pada jantung seperti berdebar-debar, nyeri dada, rasa lemah badan, letih, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

Data objektif :

Postur tubuh, gaya jalan, aktivitas harian, anggota gerak yang catat, takikardi dan takipnea pada keadaan istirahat atau beraktivitas, letargi/disoroentasi, koma, penurunan kekuatan otot.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Data subjektif :

Jumlah jam tidur (siang dan malam), kebiasaan sebelum tidur, suasana gelap (gelap dan terang), perasaan saat bangun tidur, gangguan tidur seperti mimpi buruk, seiring berkemih, gatal-gatal, nyeri, sesak napas.

Data objektif :

Ekspresi wajah mengantuk, banyak menguap, palpebra, inferior berwarna gelap, letargi, terapi yang berkaitan dengan pola tidur dan istirahat.

f. Pola Persepsi Kognitif

Data subjektif :

Gangguan penglihatan, rasa tidak nyaman seperti nyeri, kesemutan, gangguan terhadap daya pengenalan lingkungan, orang dan waktu (orientasi), perubahan dalam konsentrasi/daya ingat.

Data objektif :

Penggunaan alat bantu, kemampuan berbicara, orientasi/disorientasi (waktu, tempat, orang), respon non verbal, pemeriksaan fisik meliputi penglihatan, pendengaran, penurunan rasa pada lengan dan tungkai.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Data subjektif :

Konsep diri (identitas diri, ideal diri, harga diri, citra dan peran diri), kemampuan dalam pengambilan keputusan, pandangan pasien tentang dirinya, masalah financial yang berhubungan dengan kondisi.

Data Objektif :

Rentang perhatian, kontak mata, postur tubuh, pemeriksaan fisik meliputi kelainan bawaan yang nyata, abdomen, kulit dan punggung protesa.

h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

Data subjektif :

Peran dalam keluarga, masyarakat dan lingkungan. Hubungan keluarga, masyarakat dan lingkungan (konflik/perpisahan) adalah perasaan keterpisahan atau terisolir.

Data objektif :

Hubungan dalam berinteraksi dengan anggota keluarga atau orang lain (kooperatif).

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Data subjektif :

Hubungan penyakit dengan masalah seksualitas, gangguan fungsional/seksualitas (impoten, kesulitan organisme).

Data objektif :

Terapi yang berhubungan dengan pola reproduksi seksualitas.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi terhadap Stres

Data subjektif :

Mekanisme koping yang digunakan, ungkapan pasien terhadap dirinya, penyesuaian diri terhadap stress.

Data objektif :

Ansietas dan peka rangsangan.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Data subjektif :

Ungkapan pasien tentang kebutuhan spiritualitas yang diinginkan.

Data objektif :

Alat untuk berdoa, tampak melakukan kegiatan beribadah

2. Diagnosa Keperawatan (NANDA 2015-2017)

a. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus)
b. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus
c. Risiko tinggi infeksi (sepsis)
d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral
e. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
f. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

3. Perencanaan Keperawatan (NIC-NOC)

   Penyusunan rencana keperawatan didasarkan pada diagnosa keperawatan sebagai berikut :

   a. Keletihan b/d status penyakit (diabetes melitus)

      Hasil yang diharapkan : keletihan dapat teratasi

      Intervensi :

      1) Anjurkan pasien/keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang perawatan di Rumah Sakit dan penyakit secara keseluruhan

         R/ memudahkan cara pemecahan masalah

      2) Kaji bagaimana pasien telah menangani masalahnya dimasa lalu

         R/ pengetahuan gaya individu membantu untuk menentukan kebutuhan terhadap tujuan penanganan

      3) Beri dukungan pada pasien untuk ikut berperan serta dalam perawatan diri sendiri dan berikan umpan balik positif sesuai dengan asuhan yang diberikan

         R/ meningkatkan perasaan kontrol terkadap situasi

      4) Tekankan pentingnya mempertahankan periksa gula setiap hari

         R/ membantu menciptakan gambaran nyata dari produksi energi metabolik dan unsur glukosa

      5) Pantau nadi, frekuensi pernapasan dan tekanan darah sebelum/sesudah melakukan aktivitas

         R/ mengindikasikan tingkat pemenuhan energi dan tingkat aktivitas

      6) Pantau aktivitas pasien dan jumlah bahan energi yang masuk

         R/ aktivitas yang tidak sesuai dengan jumlah energi dapat meningkatkan kelelahan.

b. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes melitus

Hasil yang diharapkan : pasien dapat memahami mengenal kondisi dan penanganan mengenai penyakitnya

Intervensi :

1) Melakukan pemeriksaan gula darah

R/ mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus

2) Jelaskan tentang penyakit dan cara penanganan diabetes melitus

R/ pasien dapat mengerti penyakit dan cara penanganan diabetes melitus

3) Tekankan pentingnya pemeriksaan gula darah setiap hari

R/ membantu menciptakan gambaran nyata tentang kondisi pasien untuk melakukan kontrol penyakitnya

4) Anjurkan klien dan keluarga untuk memperhatikan diet makannya

R/ diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan

5) Diskusikan bersama keluarga tentang faktor-faktor yang memegang peranan kontrol diabetes melitus

R/ informasi ini akan meningkatkan pengendalian terhadap diabetes melitus

6) Jelaskan komplikasi dari diabetes melitus (akut dan kronis)

R/ kesadaran tentang apa yang terjadi membantu pasien untuk lebih konsisten terhadap perawatan dalam mencegah komplikasi jangka panjang.

c. Risiko tinggi infeksi

Hasil yang diharapkan : infeksi tidak terjadi, glukosa dapat terkontrol

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital

   R/ adanya proses infeksi akan berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh dan nadi

2) Kaji tanda-tanda infeksi dan peradangan seperti demam, kemerahan dan adanya pus pada luka

   R/ adanya tanda infeksi dan peradangan terdeteksi terlebih lebih dini dapat menghindari proses penyebaran infeksi luka

3) Tingkatkan usaha pencegahan dengan mencuci tangan, memakai handscoon, masker dan kebersihan lingkungan

   R/ meminimalkan invasif mikroorganisme

4) Pertahankan teknik antiseptik dan sirkulasi alat pada prosedur invasif

   R/ invasif alat dapat menjadi mediator masuknya mikroorganisme khususnya peningkatan kadar glukosa

5) Berikan perawatan kulit dengan teratur dan sungguh-sungguh, masase sekitar tulang yang tertekan, jaga kulit tetap kering, linen tetap kering dan kencang

   R/ menghindari kerusakan kulit yaitu iritasi dan infeksi pada sirkulasi perifer

6) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik dan pemeriksaan laboratorium

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral

   Hasil yang diharapkan : kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali

   Intervensi :

1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai indikasi

   R/ mengkaji pemasukan makanan yang adekuat

2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki

   R/ menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa

3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi

   R/ meningkatkan partisipasi keluarga dan mengontrol masukkan nutrisi sesuai dengan kemampuan untuk menarik glukosa dalam sel

4) Observasi tanda-tanda hiperglikemia

   R/ karena metabolisme karbohidrat mulai terjadi, gula akan berkurang dan sementara pasien tetap diberikan insulin maka hipoglikemia dapat terjadi

5) Lakukan pemeriksaan gula darah dengan menggunakan finger stick

   R/ analisa di tempat tidur terhadap gula darah lebih akurat dari pada memantau gula darah dalam urine

6) Pantau pemeriksaan laboratorium seperti glukosa darah

   R/ gula darah akan menurunkan perlahan dengan menggunakan terapi insulin kontrol. Dengan pemberian insulin dosis optimal, glukosa dapat masuk ke dalam sel dan digunakan untuk sumber kalori

7) Berikan pengobatan insulin secara teratur dengan teknik intravena secara teratur

   R/ insulin reguler memiliki awitan cepat dan karenanya dengan cepat pula dapat membantu memindahkan ke dalam sel. Pemberian melalui intravena merupakan rute pilihan utama karena absorbsi dari jaringan subkutan mungkin tidak terlalu menentu/sangat lambat.

e. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.

Hasil yang diharapakan : Pola nafas teratasi

Intevensi :

1) Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas
   R/ untuk mengetahui pernafasan yang dangkal, cepat/dyspnea dapat menyebabkan hipoksia
2) Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut
   R/
3) Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya, posisi semi fowler)
   R/ meningkatkan ventilasi secara maksimal
4) Instrusikan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh yang baik ketika beraktifitas
   R/ posisi membantu meminimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan
5) Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan
   R/ untuk mengimbangi peningkatan kebutuhan konsumsi oksigen

f. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

Hasil yang diharapakan : Hipertermi dapat teratasi

1) Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan
   R/ untuk mengetahui suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi
2) Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala hipertermia
   R/ dengan mengetahui hipertermi dapat menjadi acuan untuk mengambil tindakan
3) Tingkatkan intek cairan dan nutrisi adekuat
   R/ untuk mengganti kehilangan cairan

4) Berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan

R/ untuk mengatasi hipertermia mengendalikan, menggigil dan kejang

5) Berikan kompres hangat

R/ kompres hangat dapat menyebabkan vasoliditasi sehingga terjadi penurunan panas secara evaporasi

6) Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin)

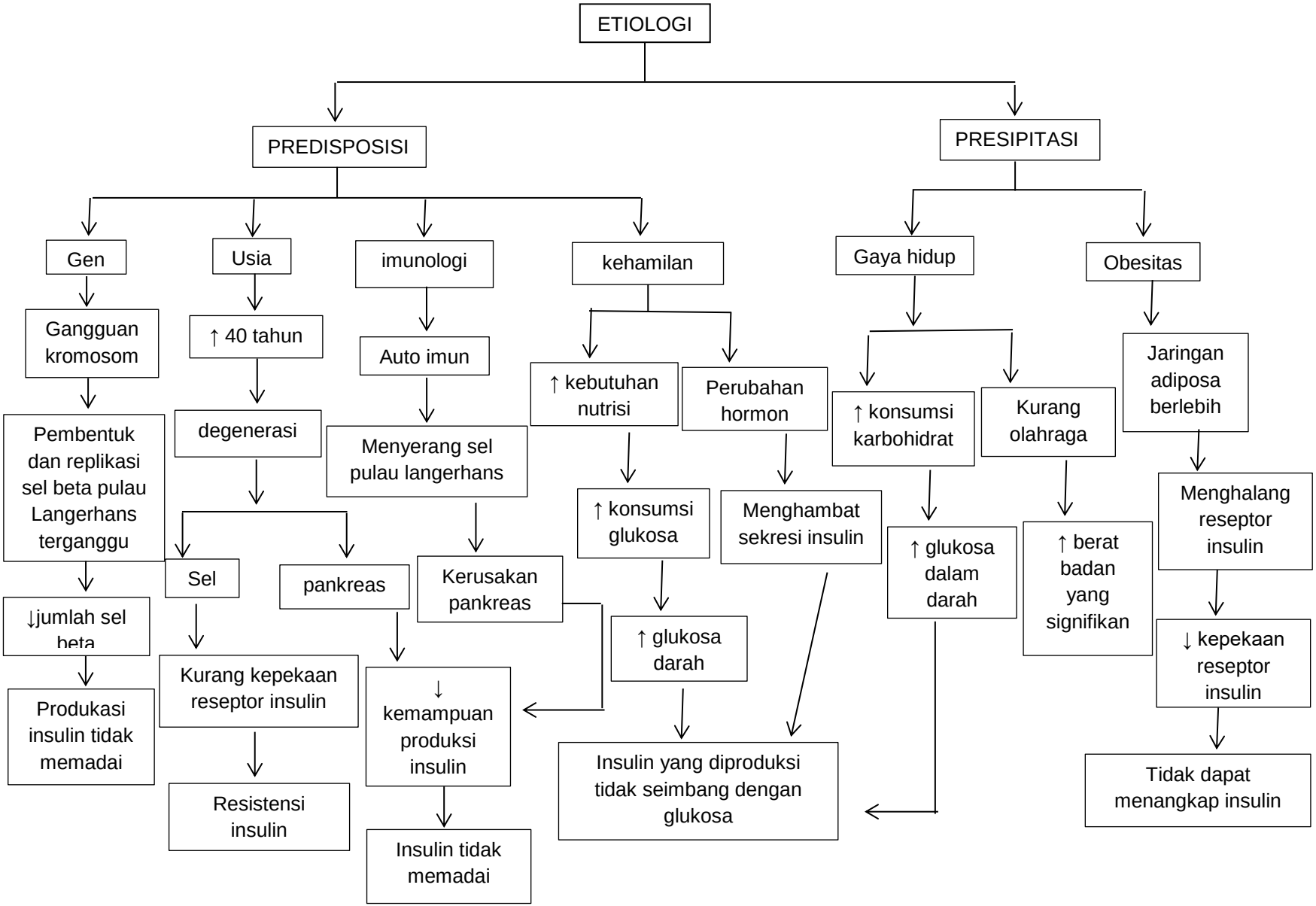
R/ untuk memungkinkan perubahan bertahap, penurunan suhu dan untuk meminimalkan menggigil

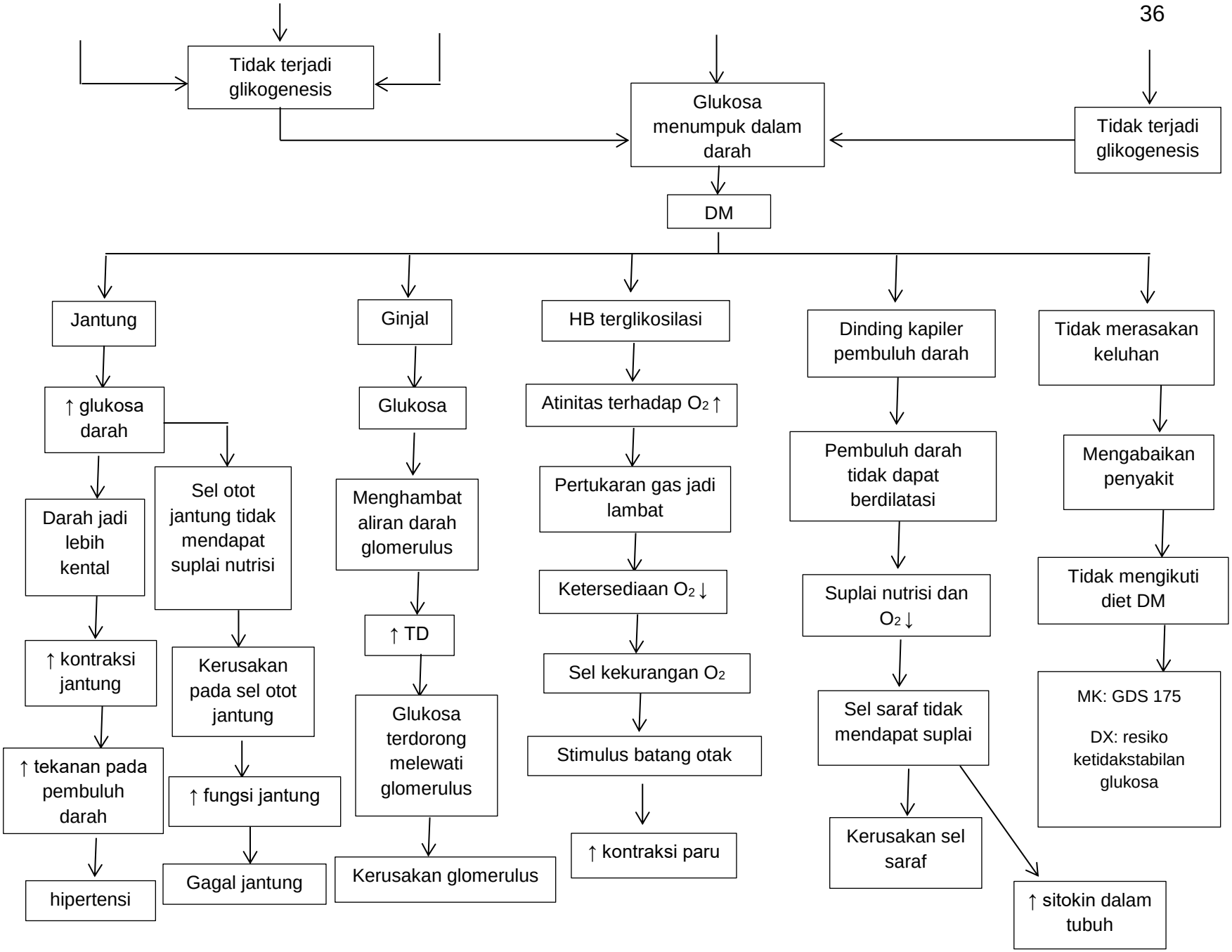
4. Discharge Planning

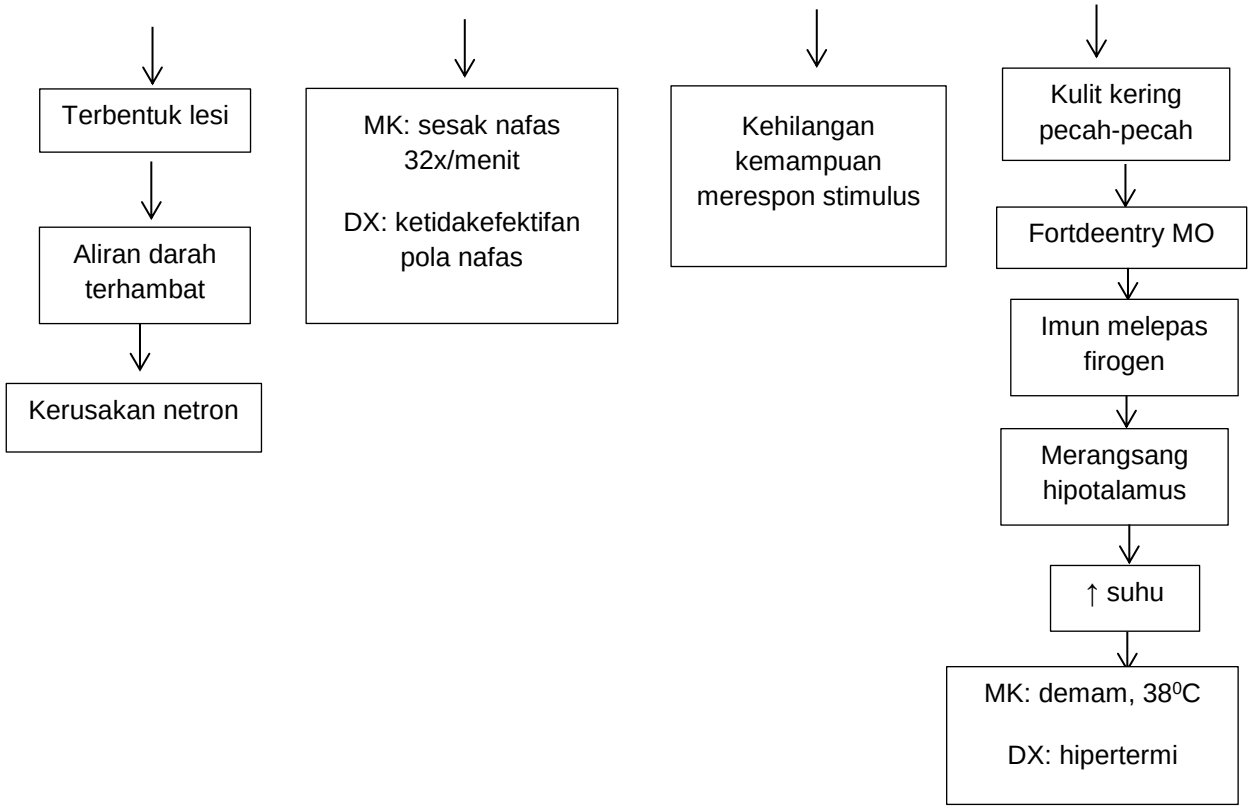
Hal yang perlu dirancang, disampaikan dan diajarkan pada pasien dan keluarga mengenai perawatan dan pengobatan lanjut dari pasien di rumah atau rawat jalan antara lain :

a. Anjurkan pasien untuk mengikuti pola makan sesuai diet dari dokter yaitu rendah karbohidrat, tinggi protein
b. Anjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan rendah gula
c. Anjurkan pada keluarga untuk memberi motivasi kepada pasien dalam menjalani pengobatannya
d. Anjurkan untuk mengontrol kadar gula satu kali dalam seminggu
e. Anjurkan pasien kontrol gula darah ke dokter dan gunakan insulin secara tepat sesuai dosis yang ditentukan dan makan obat oral secara teratur
f. Anjurkan pasien untuk latihan fisik ringan seperti jalan-jalan pagi atau sore hari. Sebelum melakukan aktivitas hendaknya melakukan pengontrolan gula terlebih dahulu, sebaliknya jika kadar gula darah meningkat maka pasien boleh melakukan latihan guna menurunkan kadar gula darah tetapi jika kadar gula darahnya rendah maka pasien harus mendapatkan

karbohidrat tambahan dengan mengkonsumsi makanan kecil seperti roti untuk mencegah hipoglikemia. (Doenges, M. E, 2000).


ETIOLOGI
PREDISPOSISI
PRESIPITASI
Gen
Usia
imunologi
kehamilan
Gaya hidup
Obesitas
Gangguan kromosom
↑ 40 tahun
Auto imun
↑ kebutuhan nutrisi
Perubahan hormon
↑ konsumsi karbohidrat
Kurang olahraga
Jaringan adiposa berlebih
Pembentuk dan replikasi sel beta pulau Langerhans terganggu
degenerasi
Menyerang sel pulau langerhans
↑ konsumsi glukosa
Menghambat sekresi insulin
↑ glukosa dalam darah
↑ berat badan yang signifikan
Menghalang reseptor insulin
Sel
pankreas
Kerusakan pankreas
↑ glukosa darah
↓jumlah sel beta
Kurang kepekaan reseptor insulin
↓ kemampuan produksi insulin
Insulin yang diproduksi tidak seimbang dengan glukosa
↓ kepekaan reseptor insulin
Produkasi insulin tidak memadai
Resistensi insulin
Insulin tidak memadai
Tidak dapat menangkap insulin


Tidak terjadi glikogenesis
Glukosa menumpuk dalam darah
Tidak terjadi glikogenesis
DM
Jantung
↑ glukosa darah
Darah jadi lebih kental
↑ kontraksi jantung
↑ tekanan pada pembuluh darah
hipertensi
Sel otot jantung tidak mendapat suplai nutrisi
Kerusakan pada sel otot jantung
↑ fungsi jantung
Gagal jantung
Ginjal
Glukosa
Menghambat aliran darah glomerulus
↑ TD
Glukosa terdorong melewati glomerulus
Kerusakan glomerulus
HB terglikosilasi
Atinitas terhadap O2 ↑
Pertukaran gas jadi lambat
Ketersediaan O2 ↓
Sel kekurangan O2
Stimulus batang otak
↑ kontraksi paru
Dinding kapiler pembuluh darah
Pembuluh darah tidak dapat berdilatasi
Suplai nutrisi dan O2 ↓
Sel saraf tidak mendapat suplai
Kerusakan sel saraf
↑ sitokin dalam tubuh
Tidak merasakan keluhan
Mengabaikan penyakit
Tidak mengikuti diet DM
MK: GDS 175
DX: resiko ketidakstabilan glukosa


Terbentuk lesi
Aliran darah terhambat
Kerusakan netron
MK: sesak nafas 32x/menit
DX: ketidakefektifan pola nafas
Kehilangan kemampuan merespon stimulus
Kulit kering pecah-pecah
Fortdeentry MO
Imun melepas firogen
Merangsang hipotalamus
↑ suhu
MK: demam, 38^{0}C
DX: hipertermi

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny “A” usia 55 tahun masuk Rumah Sakit pada tanggal 2 maret 2019 dengan keluhan utama badan terasa lemas. Pasien mengatakan demam, sakit kepala, mual muntah, dan sesak.

Saat pengkajian tanggal 3 maret 2019 di dapatkan diagnosa medik Diabetes Melitus tipe II. Pasien mengatakan demam naik turun, sakit kepala, mual, sesak bertambah jika tidur terlentang dan banyak bergerak. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM ± 11 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak rutin mengontrol gula darahnya hanya mengkonsumsi obat metformin. Tampak pasien lemas, tampak pasien mual, pasien teraba demam, tampak terpasang O_2 5 liter, tampak terpasang infus NS 300 cc, tampak pasien memakai kateter, Hasil GDS : 475 mmol/dl, observasi TTV TD : 130/90 mmHg, N : 96 x/menit, P : 32x/menit, S : 38ºc. WBC : 13.60 (10^3/uL), RBC : 5.59 (10^6/uL) dan pemeriksaan foto thorax dengan kesan : Pneumonia bilateral.

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu : Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, hipertermia berhubungan dengan penyakit

A. PENGKAJIAN

Nama mahasiswa yang mengkaji : Dian Novita Sari Duwi Septiyani

Unit	: ICU	Autoanamnese	: ✓
Kamar	:	Alloanamnese	:
Tanggal masuk RS	: 02-03-2019		
Tanggal pengkajian	: 03-03-2019		

1. Identitas
   a. Pasien

Nama initial	: Ny “A”
Umur	: 55 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status perkawinan	: Menikah
Jumlah anak	: 1
Agama/suku	: Kristen protestan/Sangir
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Indonesia
Pendidikan	: SI
Pekerjaan	: Pendeta
Alamat rumah	: Perum. BTN Griya Barombong

   b. Penanggungjawab

Nama	: Tn “J”
Umur	: 58 Tahun
Alamat	: BTN Griya Barombong C6/7
Hubungan dengan pasien	: Kakak kandung

2. Data Medik

Diagnosa Medik	
Saat masuk	: Muntah resisten + Lefalgia
Saat pengkajian	: Diabetes melitus tipe II

3. Keadaan Umum

a. Keadaan sakit

Pasien tampak sakit sedang

Alasan : Tampak pasien berbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi semi flower. Tampak pasien menggunakan O_2 5 Liter (nasal kanul). Tampak pasien menggunakan kateter. Tampak terpasang infus NS 300 cc. Tampak pasien lemas.

Tanda-tanda vital

1) Kesadaran (kualitatif) : Compos mentis

Skala koma Glasgow (kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 130/90 mmHg

MAP : 103 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 38 °C

☐ Oral ☑ Axila ☐ Rectal

4) Pernapasan : 32 x/menit

5) Irama : ☐ Teratur ☐ Bradipne ☑ Takipnea

☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stoke

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

6) Nadi : 96 x/menit

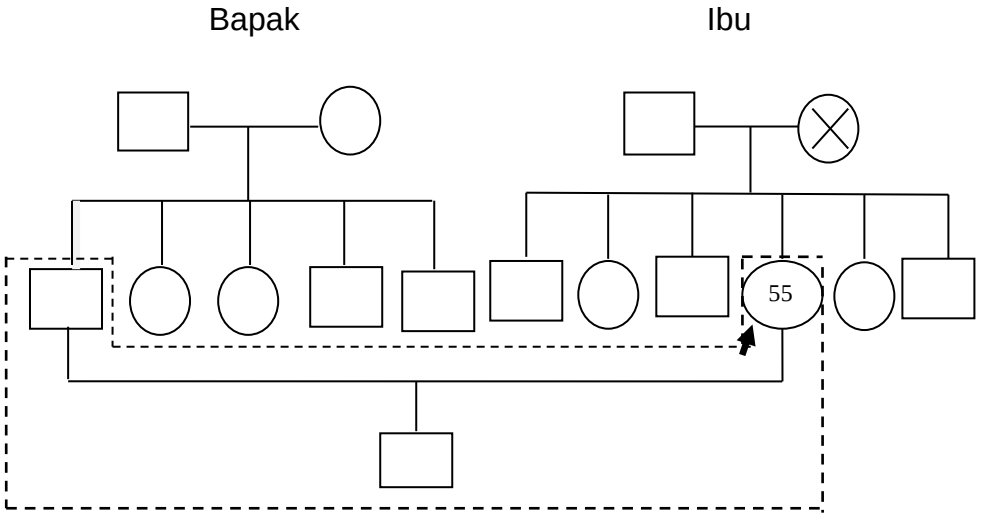
Irama ☑ Teratur ☐ Bradikardia

☐ Takikardia ☐ Kuat ☐ Lemah

b. Pengukuran

1)	Lingkar lengan atas	: 28 cm
2)	Tinggi badan	: 152 cm
3)	Berat badan	: 58 kg
4)	IMT (Indeks Massa Tubuh)	: 25 kg/m^2
	Kesimpulan	: berat badan lebih

c. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Meninggal

-------- : Tinggal serumah

: Pasien

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola persepsi kesehatan dan pemeliharaan kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak memperhatikan kesehatannya selama ini karena sibuk pada pekerjaaannya sebagai pendeta. Pasien mengatakan ia menderita penyakit gula ±11 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak rutin mengontrol gula darahnya hanya mengkomsumsi obat metformin. Pasien mengatakan tidak mengontrol dietnya secara teratur. Pasien mengatakan tidak mengkomsumsi vitamin. Pasien juga mengatakan jika ada keluarga yang sakit hanya membeli obat di apotik (Paracetamol) jika tidak ada perubahan baru membawa ke RS.

2) Riwayat penyakit saat ini

a) Keluhan utama

Lemas

b) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan saat dirumah tiba-tiba merasa tidak enak badan. Pasien mengatakan demam, sakit kepala, sesak, mual muntah. Pasien mengatakan demam naik turun, badan terasa lemas, muntah 2X. Pasien mengatakan membeli obat di apotik (Paracetamol) dan pasien juga mengatakan 3 hari dirawat dirumah tetapi tidak ada perubahan sehingga keluarga membawa ke RS Stella Maris Makassar. Setelah mendapat perawatan di IGD pasien di pindahkan ke BII A. Pasien mengatakan tidak sampai sehari di ruangan pasien dipindahkan ke ICU karena gula darah tinggi. Saat pengkajian : Pasien mengatakan demam naik turun. Pasien mengatakan demam dan sesak sejak 3 hari yang lalu. Pasien mengatakan sesak bertambah jika pasien tidur terlentang dan banyak bergerak. Pasien mengatakan masih mual. Pasien mengatakan sakit kepala. Pasien

mengatakan gula darah naik turun. Tampak terpasang O_2 5 liter, tampak terpasang infus Ns 300 CC. Pasien teraba demam. Tampak pasien lemas, Tampak pasien mual, Tampak memakai kateter. Hasil GDS : 475, WBC : 13.60 (10^3Ul), RBC : 5.59 (10^6/uL) dan pemeriksaan foto thorax dengan kesan : Pneumonia bilateral.

TTV :

TD :130/90 mmHg

N : 96 x/menit

P : 32 x/menit

S : 38ºc

c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit DM sejak 11 tahun yang lalu

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan dirinya

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut : Tampak bersih

(2) Kulit kepala : Tampak bersih

(3) Kebersihan kulit : Tampak bersih

(4) Hygiene rongga mulut : Tampak kotor dan berbau

(5) Kebersihan genitalia : Tidak dikaji

(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola nutrisi dan metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit nafsu makan baik, makan 3X sehari dengan menu nasi, sayur, ikan, buah-buahan dan daging jika ada. Pasien mengatakan sering makan buah papaya dan pisang. Pasien mengatakan minum ±7-8 (1400

cc) gelas/hari dan pasien sering minum teh. Pasien mengatakan tidak bisa mengontrol pola makannya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makannya berkurang

Pasien mengatakan makan 3x1 sehari tetapi tidak menghabiskan porsi makanan yang disediakan dari Rumah Sakit. Pasien mengatakan minum baik 6-7 (1200 cc) gelas/hari. Pasien mengatakan masih sering makan yang manis.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menghabiskan makannya. Tampak diatas meja roti dan susu beruang

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut : Tampak rambut sebagian beruban
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
c) Palpebra/konjungtiva : Tampak tidak edema/tidak anemis
d) Sclera : Tampak tidak ikterik
e) Hidung : Tampak septum ada dibagian tengah dan tampak bersih
f) Rongga mulut : Tampak kotor dan berbau
g) Gusi : Tidak ada peradangan
h) Gigi : Tampak rapi
Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
i) Kemampuan mengunyah keras : Mampu mengunyah keras
j) Lidah : Tampak bersih
k) Pharing : Tampak tidak ada peradangan
l) Kelenjar getah bening : Tampak tidak ada pembesaran
m) Kelenjar parotis : Tampak tidak ada pembesaran

n) Abdomen

Inspeksi : Tampak membuncit

Auskultasi : Peristaltik usus 12x/menit

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak teraba ada benjolan

o) Kulit

Edema : ☐ Positif ☑ Negatif

Icterik : ☐ Positif ☑ Negatif

Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

p) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB lancar dengan frekuensi 2 hari sekali, konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan, sedangkan BAK 4-6 kali dalam sehari, berwarna kuning jernih dan berbau amoniak. Pasien juga mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat pencahar dan tidak ada masalah dalam BAB dan BAK.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan dalam 3 hari BAB 2 kali, dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning. Pasien mengatakan BAK menggunakan kateter. Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam BAB & BAK.

3) Observasi

Tampak pasien memakai kateter dengan jumlah ±1000 cc berwarna kuning pekat, dan berbau amoniak.

4) Pemeriksaan fisik

a) Peristaltik usus : 12 X/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus

- Peradangan : Tidak dikaji
- Hemoroid : Tidak dikaji
- Fistula : Tidak dikaji

d. Pola aktivitas dan latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia bekerja sebagai hamba Tuhan di gereja Misi Jemaat Sudiang. Selain sebagai hamba Tuhan ia juga sebagai IRT mengurus suami dan anaknya, membersihkan rumah, memasak, dll. Pasien mengatakan ia sering melayani sampai di Maros.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak mampu beraktifitas dan hanya berbaring di tempat tidur. Pasien mengatakan aktifitasnya dibantu oleh perawat dan keluarga.

3) Observasi

a) Aktivitas harian

Makan : 2
Mandi : 2
Pakaian : 2
Kerapihan : 2
BAK : 1
BAB : 1

0 : Mandiri
1 : Bantuan dengan alat
2 : Bantuan orang
3 : Bantua alat dan orang
4 : Bantuan penuh

Mobilisasi di tempat tidur : 0

b) Postur tubuh : Tidak dikaji
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tidak ada
f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

- Berbaring : 130/90 mmHg
- Duduk : Tidak dikaji
- Berdiri : Tidak dikaji

b) HR : 98 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tidak ada

Basah : Tidak ada

d) JVP : 5 - 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel memadai

e) Perfusi pembuluh darah kapiler kuku : kembali < 3 detik

f) Thorax dan pernafasan

- Inspeksi:

  Bentuk thorax : Tampak simetris kiri dan kanan

  Retraksi interkosta : Tampak tidak ada

  Sianosis : Tampak tidak ada sianosis

  Stridor : Tampak tidak ada stridor

- Palpasi :

  Vocal premitus : Teraba sama kuat dikedua lapang paru

  Krepitasi : Tampak tidak ada krepitasi

- Perkusi : Sonor

  Lokasi : Batas paru hepar pada ICS IV

- Auskultasi :

  Suara nafas : Vesiculer

  Suara ucapan : Terdengar sama kuat kiri dan kanan

  Suara tambahan : Ronchi

g) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba di ICS V Midclavikularis Sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS II linea sternalis sinistra

  Batas bawah jantung : ICS V linea mid clavicularis sinistra

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dextra

  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi

  Bunyi jantung II A : Terdengar tunggal, di ICS II linea sternalis dextra

  Bunyi jantung II P : Terdengar tunggal, di ICS II linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Terdengar tunggal, di ICS IV linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Terdengar tunggal, di ICS V linea medio-clavicularis sinistra

  Bunyi jantung III irama Gallop : Tidak ada

  Murmur : Tidak ada

  Bruit : Aorta : Tidak ada

  A. Renalis : Tidak ada

  A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ Positif ☑ Negatif
- Rentang gerak : Tampak rentang gerak normal

  Kaku sendi : Tampak tidak ada kaku sendi

  Nyeri sendi : Tampak tidak ada nyeri sendi

  Fraktur : Tampak tidak ada fraktur

  Parese : Tampak tidak ada parese

  Paralisis : Tampak tidak ada paralisis
- Uji kekuatan otot

	Kanan	kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 : Kekuatan penuh

Nilai 4 : Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 : Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 : Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jauh

Nilai 1 : Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 : Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu Bergerak

- Refleks fisiologis : Bisep (+), tricep (+)
  Patela (+), achiles (+)
- Refleks patologi :

Babinski : Kiri ☐ Positif ☑ Negatif
Kanan ☐ Positif ☑ Negatif

Clubbing jari-jari : Tidak ada

Varises tungkai : Tampak tidak ada

i) Columna vetebralis

Inspeksi : ☐ Lordosis ☐ Kiposis ☐ Skoliosis

Palpasi : Tidak ada

Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola tidur dan istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidur malam ±8 jam dari pukul 22.00-05.00 dan pasien tidur siang ±1 jam dari pukul 16.00-17.00. Pasien mengatakan tidak mengkomsumsi obat tidur sebagai pengantar tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pola tidur dan istirahat pasien kurang. Pasien mengatakan tidur siang paling lama ±30 menit. Pasien mengatakan pada malam hari susah tidur karena sesak nafas dan gelisah.

3) Observasi

Pasien tampak terbaring ditempat tidur.

Ekspresi wajah mengantuk : ☑ positif ☐ negatif
Banyak menguap : ☐ positif ☑ negatif
Palpebra inferior bewarna gelap : ☑ positif ☐ negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menggunakan alat bantu penglihatan, orientasi baik terhadap waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Pasien juga mengatakan tidak ada gangguan dengan indra penciuman, pendengaran dan pengecapan.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada masalah dengan pendengaran. Pasien mengatakan daya ingatnya masih baik. Pasien mampu orientasi waktu, tempat, hari/tanggal dan bulan. Pasien mengatakan tidak memakai kaca mata karna sakit.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.

4) Pemeriksaan fisik

a) Penglihatan

Kornea : Tampak jernih
Pupil : Tampak isokor
Lensa mata : Tampak jernih
Tekan intra okuler (TIO) : Teraba sama kenyal kiri dan kanan

b) Pendengaran

Pina : Simetris kiri dan kanan
Kanalis : Tidak ada peradangan
Membran timpani : Tampak utuh

g. Pola persepsi dan konsep diri

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia adalah hamba Tuhan (pendeta) selain itu ia juga sebagai IRT. Pasien mengatakan merasa bersyukur atas kesehatannya. Pasien mengatakan sangat senang karena bisa membantu suaminya untuk menafkai keluarganya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan tidak bisa berbuat apa-apa karena penyakit yang dialami dan berharap cepat sembuh dari sakitnya sehingga ia bisa berkumpul kembali bersama keluarganya dan bisa melayani kembali di Gereja Misi Sudiang.

3) Observasi

Tampak pasien ditemani anaknya

a) Kontak mata : Tampak ada kontak mata
b) Rentang perhatian : Penuh
c) Suara dan cara bicara : Terdengar jelas
d) Postur tubuh : Tidak dikaji

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tidak dikaji
c) Kulit : Tampak bersih

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan ia tinggal bersama suami dan anak-anaknya, hubungan mereka dalam keluarga sangat baik dan pasien yang berperan sebagai ibu dalam keluarga. Pasien juga mengatakan menjalin hubungan baik dengan teman-teman dan sanak saudaranya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selalu ditemani suami dan anaknya, serta selalu dikunjungi oleh sanak saudara dan keluarga lainnya. Pasien juga mengatakan rindu dengan suasana rumah dan tugasnya sebagai Hamba Tuhan.

3) Observasi

Tampak pasien dikunjungi teman-teman dan keluarga

i. Pola reproduksi dan seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan umurnya sudah 55 tahun dan sudah mempunyai 1 orang anak laki-laki. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seksual yang dialami.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sudah tidak menambah anak lagi karena usianya yang sudah lanjut usia. Pasien mengatakan sudah menopause. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan organ reproduksinya dan tidak ada penyimpangan seks yang dialami.

3) Observasi

Tampak tidak ada penyimpangan seksual. Tampak pasien berpenampilan sesuai jenis kelaminnya.

4) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika marah bisa mengontrol diri dan jika ada masalah selalu dibicarakan dan diselesaikan dengan baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan ia menerima kondisinya selama berada di Rumah Sakit dan akan mengikuti pengobatan sesuai dengan instruksi perawat dan dokter. Pasien juga mengatakan hanya bisa bersabar dengan penyakit yang dialaminya.

3) Observasi

Tampak pasien gelisah

k. Pola sistem nilai dan kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan menganut agama Kristen protestan dan rajin ibadah ke gereja. Pasien juga mengatakan aktif dalam kegiatan keagamaan. Pasien mengatakan sebelum mengawali seluruh kegiatan harinya ia selalu melakukan doa pagi bersama suaminya.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan walaupun dalam keadaan sakit, pasien selalu berdoa memohon kesembuhan dan kekuatan untuk menghadapi penyakitnya.

3) Observasi

Tampak pasien berdoa

V. Uji Syaraf Kranial

1. Nervus I : Olfactorius
   Pasien dapat menghidup bau minyak kayu putih.
2. Nervus II : Opticus
   Pasien mampu membaca papan nama perawat dengan jarak kurang lebih 20 cm.
3. Nervus III, IV, VI: Oculomotorius, Troclearis, Abduscens
   Pasien mampu menggerakan bola mata ke segala arah dan pupil isokor kiri dan kanan.
5. Nervus V : Trigeminus
   Sensorik : Pasien mampu merasakan goresan kapas pada Wajah di pipi, dahi, dagu.
   Motorik : Pasien mampu mengigit dengan kuat.
6. Nervus VII : Fascialis
   Sensori : Pasien mampu merasakan rasa manis.
   Motorik : Pasien dapat mengangkat alis dan tersenyum
7. Nervus VIII : Vestibulo-Acusticus
   Vestibularis : Tidak dikaji
   Acusticus : Pasien dapat mendengarkan gesekan jari tangan perawat pada kedua telinganya.
8. Nervus IX : Glossopharyngeus
   Tampak ovula berada ditengah.
9. Nervus X : Vagus
   Pasien mampu menelan
10. Nervus XI : Accessorius
    Pasien mampu mengangkat bahu kiri dan kanan
11. Nervus XII : Hypoglossus
    Pasien mampu menjulurkan lidah dan mampu mendorong pipi kiri dan kanan.

VI. Pemeriksaan penunjang

a. Darah rutin

Tanggal : 03 Maret 2019

Jenis/tes pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
WBC	H.13.60	4.8-10.2	10^3/ uL
RBC	H.5.59	4.0-5.5	10^6/ uL
HGB	15.9	12.2-16.2	9/dL
HCT	44.5	37.47.9	%
MCV	L 79.6	80.97.0	fL
MCH	28.4	26.0-31.0	Pg
MCHC	H 35.7	31.8-35.4	g/dl
PLT	315	130.0-400.0	10^3/uL
RDW	12.7	11.5-14.5	fL
PDW	12.3	9.0-13.0	fL
MPV	10.1	7.2-11.1	fL
P-LCR	H.25.5	15.0-25.0	%
DIFF			
LYMPH	L 5.5	10.0-50.0	%
MXD	13.7	1.0-20.0	%
NEUT	H.80.8	37.0-80.0	%
LYMPH #	L 0.70	1-3.7	10^3/ uL
MCD #	H.1.9	0-1.2	10^9/ L
NEUT #	H.11.00	1.5-7	10^3/ uL

b. Pemeriksaan gula darah

3 Maret 2019 GDS : 475 mmol/dl

4 Maret 2019 GDS : 160 mmol/dl

5 Maret 2019 GDS : 152 mmol/dl

6 Maret 2019 GDS : 151 mmol/dl

6 Maret 2019 GDP : 138 mg/dl

c. Foto thorax

Pemeriksaan foto thorax PA :
Pulmo : corakan bronkovaskuler paru normal, bercak suprahilus kanan, perselubungan inhomogen paracardial kiri, Hilus tidak menebal.
Cor bebas ke kiri, apeks tertanam, mediastinum tidak melebar. Trachea tidak shift.
Sinus dan diafragma normal.
Contasintak, soft tissue baik.
Kesan :
Pneumonia bilateral

VII. Terapi obat

Ondansentrol 1 amp/ 8 jam/ IV
Paracetamol 3x1 /oral
Meropenem 1 gr/ 8 jam/IV
Apidra 8-8-8 unit
Lantus 0-0-12 unit

B. Analisa Data

Nama/Umur : Ny.”A”/55 Tahun

Unit/Kamar : ICCU

No	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - Pasien mengatakan menderita penyakit DM ±11 tahun yang lalu - Pasien mengatakan tidak rutin mengontrol gula darahnya - Pasien mengatakan minum obat metformin - Pasien mengatakan masih sering makan yang manis DO : - Tampak diatas meja roti, dan susu beruang - Hasil GDS pasien GDS : 475 mg/dl.	Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

2.	Ds : - Pasien mengatakan sesak sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan sesak bertambah jika pasien tidur terlentang dan banyak bergerak - Pasien mengatakan pada malam hari susah tidur karena sesak nafas dan gelisah Do : - Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur dengan posisi semiflowler - Tampak pasien sesak. - Tampak pasien gelisah. - Terdengar suara tambahan : ronchi - Foto thorax Kesan : Pneumonia bilateral - Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmhg N : 96 x/menit P : 32 x/menit S : 28^{o}c	Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Ketidakefektifan pola nafas

3.	Ds : - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan sakit kepala - Pasien mengatakan demam sejak 3 hari yang lalu - Pasien mengatakan demam naik turun. Do : - Tampak pasien lemas - Pasien teraba demam - Tanda-tanda vital : TD : 130/90 mmhg N : 96 x/menit P : 32 x/menit S : 38^{o}c - WBC : 13.60 (10^3/uL)	Penyakit	Hipertemia

C. Diagnosa Keperawatan

Nama/umur : Ny. “A”/55 Tahun

Ruang/kamar : ICCU

No	Diagnosa
I	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes
II	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
III	Hipertermia berhubungan dengan penyakit

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny “A”/ 55 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
03/03/2019	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor resiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah stabil dengan kriteria hasil : 1. Perilaku patuh : Diet yang disarankan - Memakan makanan yang	1. Monitor TTV Aktivitas keperawatan : - Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernapasan dengan tepat	- Untuk mengetahui penurunan atau peningkatan tekanan darah, nadi, pernafasan dan suhu

		sesuai dengan diet yang ditentukan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Menghindari makanan dan minuman yang tidak diperbolehkan dalam diet dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	2. Manajemen hiperglikemia Aktivitas keperawatan : - Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi - Berikan insulin, sesuai resep 3. Pengajaran : peresepan diet Aktivitas keperawatan : - Ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet	- Mengetahui penurunan atau peningkatan kadar gula darah akibat penggantian infus - Untuk mengoptimalkan kadar gula darah dalam tubuh - Pasien dapat mengerti penyakit dan cara penanganan

		2. Manajemen diri : Diabetes - Memantau glukosa darah dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Menggunakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4	yang disarankan - Instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan	diabetes mellitus - Diet dan pola makan dapat membantu proses penyembuhan

		Keterangan : 1) Tidak pernah menunjukkan 2) Jarang menunjukkan 3) Kadang-kadang menunjukkan 4) Sering menunjukkan Secara konsisten menunjukkan		

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny “A”/ 55 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
03/03/2019	Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Status pernafasan : - Frekuensi pernafasan	1. Monitor pernafasan Aktivitas keperawatan : - Monitor kecepatan, irama, kedalaman dan kesulitan bernafas	- Untuk mengetahui pernafasan yang dangkal, cepat/dyspnea dapat menyebabkan hipoksia

		dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Irama pernafasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 - Suara auskultasi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Berat 2) Cukup 3) Sedang	- Monitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut 2. Pengaturan posisi Aktifitas keperawatan : - Posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya, posisi semi fowler) - Instruksikan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh	- Meningkatkan ventilasi secara maksimal - Posisi membantu meminimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan

		4) Ringan 5) Tidak ada	yang baik ketika beraktifitas 3. Terapi oksigen Aktivitas keperawatan : - Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan	- Untuk mengimbangi peningkatan kebutuhan konsumsi oksigen

RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny “A”/ 55 Tahun

Ruangan/ kamar : ICU

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan Meliputi: tindakan keperawatan, tindakan observatif, penyuluhan, kolaborasi dokter	Rasionalisasi
03/03/2019	Hipertermia berhubungan dengan penyakit	Setalah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 diharapakan hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Termoregulasi : - Peningkatan suhu kulit dipertahankan	1. Pengaturan suhu : - Monitor suhu paling tidak setiap 2 jam sesuai kebutuhan. - Monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala hipertermia	- Untuk mengetahui suhu tubuh yang meningkat menunjukkan adanya infeksi - Dengan mengetahui hipertermi dapat menjadi acuan

		pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Hipertermia dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 - Sakit kepala dipertahankan pada skala 3 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : 1) Sangat terganggu 2) Banyak terganggu 3) Cukup terganggu 4) Sedikit terganggu	- Tingkatkan intek cairan dan nutrisi adekuat - Berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan 2. Perawatan demam : - Berikan kompres hangat	untuk mengambil tindakan - Untuk mengganti kehilangan cairan - Untuk mengatasi hipertermia mengendalikan, mengigil dan kejang - Kompres hangat dapat menyebabkan vasodilitasi sehingga terjadi penurunan panas secara evaporasi

		5) Tidak terganggu	- Tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin)	- Untuk memungkinkan perubahan bertahap, penurunan suhu dan untuk meminimalkan menggigil

E. Pelaksanan Keperawatan

Nama/umur : Ny. “A” / 55 tahun

Ruang/kamar : ICU

Tanggal	Waktu	DP	Pelaksanaan keperawatan	Perawat
04 Maret 2019	07.00	I,II,III	Memandikan pasien. Hasil : - Pasien mengatakan merasa segar dan nyaman. - Tampak pasien bersih dan rapi	Perawat Dian
	07.40	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat. Hasil TTV : TD : 130/90 mmHg N : 84 x/menit S : 38 °C P : 32 x/menit	Dian
	08.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Paracetamol 1 tablet/oral - Ondansentron 1 amp/IV	Dian
	08.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Dian

	08.30	II	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea dengan posisi semi fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan - Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan	Dian
	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/90 mmHg N : 82 x/menit S : 37,8°C P : 30 x/menit	Dian
	10.30	III	Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin) Hasil : - Pasien mengatakan masih demam - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diberikan selimut.	Dian

	12.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,8 °C P : 30 x/menit	Dian
	12.05	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 217 mg/dl	Perawat
	12.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Dian
	12.15	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Paracetamol 1 tablet/oral	Dian
	12.30	I	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkomsusi makanan yang di perbolehkan Hasil : - Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan dan minuman yang manis	Dian

			- Pasien mengatakan masih makan dan minum yg manis seperti teh dan roti - Pasien mengatakan cepat lapar - Tampak pasien makan buah yang dibawah oleh keluarga	
	14.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,6 °C P : 28 x/menit	Duwi
	15.30	III	Memberikan kompres hangat Hasil : - Pasien teraba hangat	Duwi
	16.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/90 mmHg N : 82 x/menit S : 37,6 °C P : 28 x/menit	Duwi

	16.10	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansentron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/IV	Duwi
	16.20	II	Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas Hasil : - Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang - Pasien mengatakan sesak jika banyak melakukan aktifitas - Tampak pasien sesak dan gelisah	Perawat
	18.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 37,6 °C P : 28 x/menit	Duwi

	19.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Paracetamol 1 tablet/oral	Duwi
	19.05	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 160 mg/dl	Duwi
	19.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Perawat
	21.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37 °C P : 30 x/menit	Adi
	21.20	II	Memberikan oksigen tambahan Hasil : - Tampak terpasang O_2 5 liter (nasal kanul)	Adi

	22.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subcutan	Perawat
	24.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansentron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/IV	Perawat
	24.10	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/90 mmHg N : 92 x/menit S : 37 °C P : 28 x/menit	Adi
	02.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,6 °C P : 26 x/menit	Adi

	05.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/70 mmHg N : 90 x/menit S : 38 °C P : 28 x/menit	Adi
5 Maret 2019	07.00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDP : 192 mg/dl	Adi
	07.10	I,II,III	Memandikan pasien Hasil : - Pasien mengatakan merasa segar dan nyaman. - Tampak pasien bersih dan rapi	Dian
	07.40	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/90 mmHg N : 84 x/menit S : 37,8 °C P : 30 x/menit	Dian

	08.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Paracetamol 1 tablet/oral - Ondansentron 1 amp/IV	Perawat
	08.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Dian
	09.00	I	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkomsusi makanan yang di perbolehkan Hasil : - Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan dan minuman yang manis - Pasien mengatakan sudah membatasi dan tidak lagi makan makanan yang manis - Tampak pasien sudah tidak lagi makan buah dan kue yang ada diatas meja	Perawat

	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 88 x/menit S : 37,8°C P : 29 x/menit	Dian
	10.15	III	Memberikan kompres hangat Hasil : - Pasien teraba hangat	Dian
	10.30	II	Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas Hasil : - Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang - Pasien mengatakan sesak jika banyak melakukan aktifitas - Tampak pasien sesak	Perawat
	12.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 82 x/menit	Dian

			S : 37,6 °C P : 28 x/menit	
	12.05	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 149 mg/dl	Dian
	12.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Dian
	12.15	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Paracetamol 1 tablet/oral	Perawat
	14.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit S : 37,6 °C P : 26 x/menit	Dian
	14.10	II	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea dengan posisi semi fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa	Duwi

			nyaman dengan posisi yang diberikan - Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan.	
	16.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Ondansentron 1 amp/IV	Duwi
	16.10	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit S : 37,6 °C P : 26 x/menit	Duwi
	16.20	III	Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin) Hasil : - Pasien mengatakan masih demam - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diberikan selimut.	Duwi

	18.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg N : 82 x/menit S : 37,8 °C P : 28 x/menit	Duwi
	19.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Paracetamol 1 tablet/oral	Perawat
	19.10	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 152 mg/dl	Perawat
	19.15	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Duwi
	21.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/70 mmHg N : 84 x/menit S : 37,5 °C P : 30 x/menit	Frastika

	21.10	II	Memberikan oksigen tambahan Hasil : - Tampak terpasang O_2 5 liter (nasal kanul)	Frastika
	22.00	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Lantus 12 unit/subcutan	Frastika
	24.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Ondansentron 1 amp/IV - Meropenem 1 gr/IV	Perawat
	24.05	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 110/80 mmHg N : 92 x/menit S : 37 °C P : 28 x/menit	Frastika
	02.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 90 x/menit S : 37,6 °C	Frastika

			P : 26 x/menit	
	05.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/70 mmHg N : 86 x/menit S : 37,8 °C P : 26 x/menit	Frastika
6 Maret 2019	07.00	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDP : 151 mg/dl	Duwi
	07.10	I,II,III	Memandikan pasien Hasil : - Pasien mengatakan merasa segar dan nyaman. - Tampak pasien bersih dan rapi	Perawat Duwi
	07.50	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 110/80 mmHg N : 80 x/menit S : 37,2 °C P : 28 x/menit	Duwi

			- Pasien mengatakan sudah tidak demam	
	08.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Paracetamol 1 tablet/oral - Ondansentron 1 amp/IV	Perawat, Duwi
	08.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Duwi
	08.20	I	Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan yang di pantang dan mengkomsusi makanan yang di perbolehkan Hasil : - Perawat menyarankan untuk tidak makan makanan dan minuman yang manis - Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan makanan yang manis - Tampak pasien sudah membatasi makan yang manis-manis	Perawat

	10.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/70 mmHg N : 82 x/menit S : 36,8°C P : 29 x/menit - Pasien mengatakan sudah tidak demam	Duwi
	10.20	II	Memonitor keluhan sesak nafas pasien, termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas Hasil : - Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang - Tampak pasien sesak	Perawat
	10.40	II	Memposisikan pasien untuk mengurangi dyspnea dengan posisi semi fowler Hasil : - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi yang diberikan - Tampak pasien nyaman dengan posisi yang diberikan.	Perawat, Duwi

	12.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/80 mmHg N : 82 x/menit S : 36,5 °C P : 28 x/menit	Duwi
	12.05	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 148 mg/dl	Perawat
	12.10	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Perawat
	12.30	III	Menutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin) Hasil : - Pasien mengatakan sudah tidak demam - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diberikan selimut. - Pasien teraba sudah tidak demam	Duwi

	14.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,4 °C P : 26 x/menit	Duwi
	16.00	III	Memberikan obat sesuai kebutuhan Hasil : - Meropenem 1 gr/IV - Ondansentron 1 amp/I	Dian
	16.10	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit S : 36,6 °C P : 28 x/menit	Dian
	18.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 130/90 mmHg N : 82 x/menit S : 36 °C	Dian

			P : 28 x/menit	
	19.10	I	Memonitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi Hasil : - GDS : 151 mg/dl	Dian
	19.15	I	Memberikan insulin, sesuai resep Hasil : - Apidra 8 unit/subcutan	Dian
	21.00	I,II,III	Memonitor tekanan darah, nadi, suhu dan status pernapasan dengan tepat Hasil TTV : TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit S : 37 °C P : 28 x/menit	Dian

F. Evaluasi Keperawatan

Nama / umur : Ny. “A” / 55 tahun

Ruang / kamar : ICU

Tanggal	Evaluasi (SOAP)	Nama perawat
4 maret 2019	DP I : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan masih makan dan minum yang manis - Pasien mengatakan cepat lapar O : - Hasil GDP : 192 mg/dl - Tampak pasien makan buah yang di bawah keluarga A : Kadar glukosa darah belum stabil P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran : peresepan diet DP II : Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru S : - Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang - Pasien mengatakan sesak jika	Dian Duwi

	banyak melakukan aktifitas O : - Tampak pasien sesak dan gelisah - Pernafasan : 28 x/menit A : Ketidakefektifan pola nafas belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor pernafasan - Pengaturan posisi - Terapi oksigen DP III : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan masih demam - Pasien mengatakan merasa nyaman setelah diberikan selimut O : - Pasien teraba hangat - Observasi TTV : Suhu : 38ºC A : Hipertermia belum teratasi	

5 maret 2019	P : Lanjutkan intervensi : - Pengaturan suhu - Perawatan demam DP I : Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan sudah membatasi dan tidak lagi makan-makanan yang manis O : - Tampak pasien sudah tidak lagi makan kue dan buah yang ada dimejanya - Hasil GDP : 151 mg/dl A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi : - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran : peresepan diet DP II : Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru S : - Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang	Dian Duwi

	- Pasien mengatakan sesak jika banyak melakukan aktifitas O : - Tampak pasien sesak - Pernafasan : 26 x/menit A : Ketidaefektifan pola nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Monitor pernafasan - Pengaturan posisi - Terapi oksigen DP III : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan masih demam O : - Pasien teraba hangat - Suhu : 37,8 ºc A : Hipertermia belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : - Pengaturan suhu - Perawatan demam	

6 maret 2019	DP I Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko Kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes S : - Pasien mengatakan sudah tidak lagi makan makanan yang manis O : - Hasil GDP : 138 mg/dl - Tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis A : kadar glukosa darah mulai stabil P : Lanjutkan intervensi kepada kepada perawat ruangan - Monitor TTV - Manajemen hiperglikemia - Pengajaran : peresepan diet DP II : Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru S : - Pasien mengatakan masih sesak jika tidur terlentang	Duwi Dian

	O : - Tampak pasien sesak - Pernafasan : 28 x/menit A : Ketidakefektifan pola nafas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi kepada perawat ruangan - Monitor pernafasan - Pengaturan posisi - Terapi oksigen DP III : Hipertermia berhubungan dengan penyakit S : - Pasien mengatakan sudah tidak demam O : - Pasien teraba sudah tidak demam - Suhu : 37,2 ºc A : Hipertermia mulai teratasi P : Lanjutkan intervensi	

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Nama obat : paracetamol
   a. Klasifikasi / golongan : Analgesik dan antipiretik
   b. Dosis umum : 500 mg 4-6 jam/mg
   c. Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 3x1
   d. Cara pemberian obat : Oral
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Hambatan terhadap enzim siklppksigenase (COX, cyclooxygenase). Meskipun mempunyai aktivitas antiinflamasinya sangat lemah karena dibatasi beberapa faktor,salah satunya adalah tingginya kadar peroksida dapat lokasi inflamasi. Hal lain, karena selektivitas hambatannya pada COX-2, sehingga obat ini tidak menghambat aktivitas tromboksan yang merupakan zat pembekuan darah.
   f. Alasan pemberian obat pada pasien untuk meredakan demam karena pasien mengalami demam.
   g. Kontraindikasi : tidak dapat diberikan pada orang yang alergi terhadap obat *anti-inflamasi non- steroid (AINS,* menderita hepatitis, gangguan hati atau ginjal dan alkoholisme.
   h. Efek samping : Pusing sampai efek saming berat seperti gangguan ginjal, gangguan hati, reaksi alergi dan gangguan darah.
2. Nama obat : Meropenem 1 gr/8 jam/IV
   a. Klasifikasi/golongan obat : Antibiotik
   b. Dosis umum : 500 mg-2 gram/8 jam
   c. Dosis pemberian obat pada pasien : 1 gr/ 8 jam
   d. Cara pemberian obat : Intravena
   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Meropenem merupakan obat antibiotic jenis suntik yang berspektum luas yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Obat meropenem bekerja dengan

cara menghambat aktivitas bakteri dengan menghambat sintesis dinding bakteri sel gram-positif and gram-negatif.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Untuk mengatasi infeksi bakteri

g. Efek samping obat : Demam, diare, ruam radang kulit, gatal, sakit kepala, mual, muntah, sensasi kesemutan dan gangguan fungsi hati

3. Nama obat : ondansentron 1 amp/ 8 jam/ iv

a. Klasifikasi/ golongan obat : antiemetic

b. Dosis umum : 8 mg

c. Dosis pemberian obat pada pasien : 1 amp/ 8 jam

d. Cara pemberian obat : intravena

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : menghambat reseptor sorotinin di saluran cerna dan sistem persyarafan pusat, senyawa kimia alami yang merangsang timbulnya mual dan muntuh.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan : Obat ini diberikan pada pasien untuk mengurangi rasa mual dan muntah.

g. Kontraindikasi : hipersensitivitas, sindroma perpanjangan interval QT bawaan

h. Efek samping obat : Sakit kepala dan pusing, mudah mengantuk, kepanasan, pusing ketika berdiri, mudah lelah, konstipasi, dan sakit perut.

4. Nama obat : apidra 8 unit

a. Klasifikasi/ golongan : insuling long acting

b. Dosis umum : 0,5-1 unit/ Ml

c. Dosis pemberian obat pasien : 8 unit

d. Cara pemberian obat : subcutan

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : obat ini mengandung

insulin yang termasuk golongan insulin long acting atau rapid acting insulin. Injeksi insulin dilakukan pada 15 menit sebelum makan atau 20 menit setelah makan. Satu unit apidra memiliki kemampuan menurunkan gula darah sama dengan insulin alami manusia.

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
Obat ini diberikan pada pasien untuk menurunkan gula darah

g. Efek samping obat : rasa cemas, penglihatan kabur, nyeri pada tubuh, keringat dingin, sesak nafas, sakit kepala, dan kehilangan suara.

5. Nama obat : lantus 12 unit

a. Klasifikasi/golongan obat : Antidiabetika parenteral

b. Dosis umum : 12 Unit/hari

c. Cara pemberian obat : Subcutan

d. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Merupakan insulin yang bekerja jangka panjang atau bekerja secara lambat yaitu 24 jam. Berfungsi untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari.

e. Alasan pemberian obat pada pasien : Insulin ini diberikan kepada pasien untuk mengontrol tingkat gula darah dalam sehari karena pasien mengalami hiperglikemia.

f. Kontraindikasi : hipersensitif

g. Efek samping obat : hipoglikemia

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai kesenjangan antara teori yang diperoleh secara teoritis dengan kasus nyata dari penerepan praktek Asuhan Keperawatan pada Ny ”A” yang berusia 55 tahun dengan kasus diabetes melitus tipe II di ruang perawatan ICU Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan selama 3 hari yaitu dari tanggal 4– 6 Maret 2019 dengan menggunakan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana penulis terapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diabetes melitus tipe II. Penulis memperoleh data dari pasien, keluarga, perawat, catatan medis dan hasil pengamatan langsung pada pasien Ny.”A” berumur 55 tahun masuk Rumah Sakit Stella Maris pada tanggal 2 Maret 2019 dengan keluhan utama badan terasa lemas. Pasien mengatakan sejak 3 hari yang lalu pasien demam, sakit kepala, mual muntah, sesak. Keluhan ini masih dirasakan saat pengkajian yang dilakukan pada tanggal 3 maret 2019. Pasien mengatakan demam naik turun, sakit kepala, mual, sesak bertambah jika tidur terlentang dan banyak bergerak. Pasien mengatakan memiliki riwayat DM ± 11 tahun yang lalu. Tampak pasien lemas, tampak pasien mual, pasien teraba demam, tampak terpasang O2 5 liter, tampak terpasang infus NS 300 cc, tampak pasien memakai kateter, Hasil GDS : 475 mmol/dl, observasi TTV TD : 130/90 mmHg, N : 96 x/menit, P : 32x/menit, S : 38ºc. WBC : 13.60 (10^3/uL), RBC : 5.59 (10^6/uL) dan pemeriksaan foto thorax dengan kesan : Pneumonia bilateral.

Berdasarkan pengkajian diatas ditemukan faktor resiko penyakit DM tipe II yaitu dari hasil pemeriksaan GDS : 475 mmol/dl yang menandakan peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia, didukung dengan faktor usia, pada umumnya manusia mengalami penurunan fungsi fisiologi dengan cepat pada usia 40 tahun keatas.

Pada tinjauan teoritis ada beberapa tanda dan gejala yang muncul pada diabetes melitus, yaitu poliuria, polidipsi, polifagia, adanya penurunan berat badan, gangguan penglihatan, kesemutan, gatal-gatal/bisul, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, sering mengalami keram dan rasa tebal dikulit.

Pada dasarnya tanda dan gejala pada tinjauan teori sama dengan kasus nyata namun tidak semuanya sama. Penurunan berat badan, kesemutan, gatal-gatal/bisul, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, sering mengalami keram, rasa tebal dikulit, tidak di rasakan oleh pasien namun *Poliuria, polidipsi, polifagia* terjadi pada pasien. *Poliuria* (banyak kencing) hal ini berkaitan dengan kadar gula yang tinggi diatas 160-180 mg/dl maka glukosa akan sampai ke urine tetapi jika ditambah tinggi lagi, ginjal akan membuang air tambahan untuk mengencerkan sejumlah besar glukosa yang hilang. Gula itu bersifat menarik air sehingga penderita akan mengalami poliuria atau banyak kencing. *Polidipsia* (banyak minum) diawali dari banyaknya urine yang keluar maka tubuh mengadakan mekanisme lain untuk menyeimbangkan yakni dengan banyak minum. Semakin banyak air yang dikeluarkan tubuh melalui urine semakin banyak tubuh kekurangan air sehingga mengakibatkan timbulnya rangsangan otak pada penderita dengan adanya rasa haus. Kondisi demikian terjadi karena saat glukosa darah melebihi batas ambang ginjal maka glukosa yang berlebihan itu akan dikeluarkan melalui urine.

Polifagia (banyak makan) polifagia terjadi karena insulin yang bermasalah, pemasukan gula kedalam sel-sel tubuh kurang akhirnya energi yang dibentukpun kurang. Kadar glukosa yang tidak dapat masuk ke dalam sel menyebabkan rangsangan ke otak untuk mengirim pesan rasa lapar pada penderita, akibatnya penderita semakin sering makan yang menyebabkan kadar glukosa semakin tinggi, tetapi tidak dapat dimanfaatkan seluruhnya oleh tubuh untuk masuk kedalam sel.

B. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan data pada pengkajian, penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan pada Ny. ”A” yaitu :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena penulis mendapatkan data yang mendukung yakni pasien mengatakan sangat suka makan yang manis-manis. Pasien mengatakan suka minum teh manis . Pasien juga mengatakan terkadang tidak mengikuti anjuran dokter dan perawat untuk mengurangi makanan yang banyak mengandung gula. Pada saat pengkajian didapat hasil pemeriksaan glukosa 475 mmol/dl.

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena dalam pengkajian penulis mendapatkan data yaitu pasien juga mengatakan sesak jika banyak melakukan aktifitas, Pasien mengatakan sesak jika tidur terlentang

3. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

   Penulis mengangkat diagnosa ini karena didukung oleh data pasien. Pasien mengatakan demam sejak 3 hari, Pasien mengatakan demam naik turun. Pada saat pengkajian di dapatkan hasil suhu : 38ºC.

Bila dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa yang tidak ditemukan pada kasus yaitu :

1. Keletihan b/d status penyakit

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena penulis menyimpulkan bahwa keletihan tidak dapat terjadi karena kurangnya asupan makanan yang masuk kedalam tubuh.

2. Risiko tinggi infeksi (sepsis)

   Diagnosa ini tidak diangkat karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung.

3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakcukupaan insulin atau penurunan masukkan oral

   Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena pada pasien tidak ditemukan data yang mendukung seperti IMT pada pasien juga dalam batas normal yaitu 25 kg/m^2 kesimpulan : berat badan berlebih.

C. Rencana Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Perencanaan yang disusun oleh penulis berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana manajemen diabetes.

   Untuk masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor tanda-tanda vital, monitor kadar glukosa darah sesuai indikasi, berikan insulin sesuai resep, ajarkan pasien nama-nama makanan yang sesuai dengan diet yang disarankan, instruksikan pasien untuk menghindari makanan yang dipantang dan mengkonsumsi makanan yang diperbolehkan.

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru.

   Untuk diagnosa ini intervensi yang dilakukan antara lain : monitor kecepatan irama, kedalaman dan kesulitan bernafas, monitor keluhan sesak nafas pasien termasuk kegiatan yang meningkatkan atau memperburuk sesak nafas tersebut, posisikan pasien untuk mengurangi dyspnea (misalnya, posisi *semi fowler*), instrusikan pasien bagaimana menggunakan postur tubuh dan mekanika tubuh yang baik ketika beraktifitas, berikan oksigen tambahan sesuai yang di perintahkan

3. Hipertermia berhubungan dengan penyakit

   Untuk mengatasi masalah ini intervensi yang dilakukan antara lain monitor suhu paling tidak setiap 2 jam, monitor dan laporkan adanya tanda dan gejala hipertermia, tingkatkan intek cairan dan nutrisi adekuat, berikan pengobatan antipiretik sesuai kebutuhan, berikan kompres hangat, tutup pasien dengan selimut atau pakaian ringan tergantung pada fase demam (berikan selimut hangat untuk fase dingin)

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacuh pada perencanaan yang telah dibuat dengan memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi hingga tujuan dapat tercapai. Pada tahap pelaksanaan ini penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga dan perawat ruangan sebelum melakukan tindakan keperawatan, terlebih dahulu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga. Dari keluhan yang ditemukan pada pasien, masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah semua intervensi yang ada telah dilakukan, pada masalah ketidakefektifan pola nafas semua intervensi juga telah dilakukan dan Hipertermia juga telah dilakukan.

E. Evaluasi

Pada tahap akhir dari asuhan keperawatan adalah melakukan evaluasi untuk menilai perkembangan kesehatan pasien serta mengetahui sejauh mana tujuan keperawatan dapat dicapai. Hasil evaluasi yang dirumuskan penulis setelah melakukan implementasi selama 3 hari adalah sebagai berikut :

1. Risiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

   Untuk masalah ini sudah mulai teratasi, karena pasien mengatakan sudah tidak lagi makan kue dan minuman manis lagi seperti teh hasil GDP : 138 mg/dl, tampak pasien sudah membatasi untuk makan yang manis-manis dan intervensi tetap dilanjutkan.

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru

   Pada diagnosa ini belum teratasi karena pasien masih sesak. Intervensi tetap dilanjutkan.

3. Hipertermia berhungan dengan penyakit

   Untuk diagnosa ini mulai teratasi karena pasien mengatakan pasien sudah tidak demam.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah pembahasan teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. “A” umur 55 tahun dengan diabetes melitus tipe II, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut :

1. Penyebab dari diabetes melitus tipe II pada kasus Ny “A” adalah faktor pola makan, serta didukung oleh faktor usia. Tidak ada riwayat genetik penyakit diabetes melitus pada anggota keluarga serta faktor obesitas. Berdasarkan pengkajian juga penulis menemukan data dari pasien antara lain : badan terasa lemas ditemukan GDS : 475 mmol/dl.
2. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ny “A” masalah yang ditemukan adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan faktor risiko kurang kepatuhan pada rencana diabetes, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, hipertermia berhubungan dengan penyakit.
3. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari, penulis menemukan bahwa masalah resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah sudah mulai teratasi ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak lagi makan dan minum yang manis-manis, hasil GDS sudah menurun dan mendekati angka normal sedangkan pada diagnosa ketidakefektifan pola nafas belum teratasi karena pasien mengatakan masih sesak serta pada diagnosa terakhir yaitu hipertermia mulai teratasi karena pasien mengatakan sudah tidak demam
4. Keberhasilan asuhan keperawatan ditentukan oleh beberapa faktor antara lain adanya kerja sama antara perawat, pasien, tenaga

kesehatan yang lain, dan keluarga sehingga masalah yang ada dapat teratasi.

B. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus, maka penulis ingin memberikan masukan dan saran yang dapat dilakukan jika sesuai dengan harapan dan kemampuan serta dapat bemanfaat bagi semua pihak :

1. Bagi Rumah Sakit

   Dengan semakin meningkatnya angka kematian yang disebabkan penyakit diabetes melitus maka penulis mengharapkan agar rumah sakit lebih meningkatkan kualitas pelayanan terutama dalam penyuluhan, tindakan kuratif, dan kolaborasi antar tenaga kesehatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

   Penulis mengharapkan agar institusi dapat meningkatkan mutu pendidikan baik dalam teori maupun praktek langsung dilapangan guna menghasilkan lulusan yang professional. Dalam hal ini penulis mengharapkan agar institusi selalu menyediakan buku-buku yang berkaitan dengan diabetes melitus sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi.

3. Bagi pasien dan keluarga

   Dari faktor predisposisi dan penyakit diabetes melitus pada pasien, maka penulis mengharapkan agar keluarga selalu memantau dan memberikan dukungan kepada pasien dalam perubahan pola hidupnya.

4. Bagi mahasiswa

   Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan, keterampilan atau praktek khususnya dalam bidang keperawatan dan mengikuti perkembangan terbaru di dunia dalam bidang keperawatan.

LEMBAR KONSUL

Nama : Dian Novita Sari

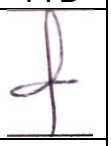
E1614401008

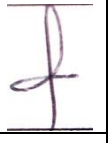
Duwi Septiyani

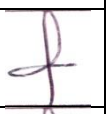
E1614401010

Kelas : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny “A” DENGAN DIABETES MELITUS TIPE II DI RUANG ICU RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing : Nikodemus Sili Beda, Ns., M.Kep

NO	Hari/tanggal	Materi konsul	Perbaikan	TTD
1.	03-03-2019	BAB III Judul Kasus	ACC	
2.	04-03-2019	- Pengkajian - Diagnosa - Rencana keperawatan	- 11 pola Gordon mengenai penggunaan bahasa - Perbaikan diagnosa - Perbaikan intevensi	
3.	08-03-2019	- Pengkajian - Analisa data	- Penambahan data pada keadaan umum pasien - Penambahan awal kata pada pemeriksaan fisik - Penambahan data dari pengkajian ke analisa data	

4.	13-03-2019	- Pengkajian - Analisa data - Intervensi - Implementasi	- Cara pengetikan - Perbaikan kalimat - Penyesuaian dengan NIC NOC - Sesuaikan implementasi dengan intervensi yang ada	
5.	18-03-2019	- Implementasi - Evaluasi	- Cara pengetikan - Sesuaikan evaluasi dengan implementasi terakhir setelah 24 jam	
6.	27-03-2019	BAB I	- Latar belakang - Data MRO - Tujuan penulisan - Perbaiki pengetikan	
7.	30-04-2019	BAB II	- Definisi - Perbaiki pengetikan (rata kiri-kanan) - Patoflowdiagram	
8.	16-04-2019	BAB I	- Perbaiki pada latar belakang	
9.	18-04-2019	BAB IV	- Perbaiki pengetikan - Simpulan - saran	
10.	22-04-2019	BAB V	- Saran untuk pasien, RS, dan institusi	
11.	26-04-2019	BAB IV	- Pengkajian - Diagnosa - Perencanann	

			keperawatan	
12.	06-05-2019	BAB II	- Perbaiki patolowdiagram	
13.	15-05-2019	BAB I,II,III,IV,V	- Perbaiki lembar pengesahan. - ACC KTI.	

DAFTAR PUSTAKA

Irianto. (2015). Memahami berbagai penyakit. Bandung : Alfabeta

WHO, (2017). *Diabetes Melitus* 2017. http://www.who.int/diabetes/facts/world_figure/en/index5.html. Diakses pada tanggal 23 maret 2019

IDF, (2017). *IDF Diabetes Atlas Sixth Edition, International Diabetes Federationn* 2015. http://www.idf.org/sites/defaulth/files.EN_Full_o.pdf. Di akses pada tanggal 25 maret 2019

Riskesdas, (2018) http://www.depkes.go.id/article/view/18121200001/cegah-cegah-dan-cegah-suara-dunia-perangi-diabetes.html. Diakses pada tanggal 22 maret 2019

Haskas, Y. (2017). *Diterminan Pengendalian Diabetes Melitus Di Wilayah kota* Makassar.https://jurnal.csdforum.com/indeks.php/GHS/article/view/85. Diakses pada tanggal 23 maret 2019

MRO. Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2016, 2017, 2018. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Brunner dan Suddarth. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC. Jakarta

Pranata Satriya, Khasaanahn Dwi. 2017. *Merawat Penderita Diabetes Mellitus*. Pustaka Panesea. Yogyakarta

Nur Aini & Ledy Martha Aridia. 2016. *Asuhan Keperawatan pada Sistem Endokrin dengan pendekatan NANDA NIC NOC.* Jakarta : Salemba Medika.

Gambar Anatomi. http://2.bp.blogspot.com Diakses pada tanggal 20 maret 2019

Ernawati, (2013). *Penatalaksanaan keperawatan Diabetes Melitus terpadu,* Jakarta : Mitra wacana media

Sherwood L. *Fisiologi manusia dari sel ke system. 6th ed*. Jakarta: EGC; 2012

Padila (2012*). Cara Alami Mencegah Dan Mengobati Diabetes.* Surabaya Stomata

Brunner & Suddarth; 2013 *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.* Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC

Wijaya Andra, Putri Yessie. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika. Yogyakarta

Brunner & Suddarth; 2014. *Keperawatan Medikal Bedah.* Edisi 8. Volume 2. Jakarta : EGC

Seroja (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Endokrin*. Jakarta: TIM

Kamitsuru, T. H. 2015-2017, ed. 10. *NANDA International Inc. Diagnosa Keperawatan: Defenisi & Klasifikasi .* Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Doenges, M.E ; Moorhouse, M.F dan Murr, A.C. 2015. *Manual Diagnosa Keperawatan.* Edisi 3. Jakarta : EGC

Doenges, M. 2002. *Rencana Asuhan Keperawatan.* Edisi 3. EGC. Jakarta